

Avaliação da satisfação das famílias com as respostas de Intervenção Precoce na região Oeste

Um estudo quantitativo com as famílias e os profissionais

Maria Leonor Belo Carvalho

Provas destinadas à obtenção do grau de Mestre em Necessidades
Educativas Especiais - Área de Especialização em Cognição e Motricidade



INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS

Lisboa, 2011

INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS

Unidade Orgânica de Educação

Provas no âmbito do 2º Ciclo de Estudos em Necessidades Educativas
Especiais – Área de Especialização em Cognição e Motricidade

Avaliação da satisfação das famílias com as respostas de Intervenção Precoce na região Oeste

Um estudo quantitativo com as famílias e os profissionais

Maria Leonor Belo Carvalho

Orientador: Profª Doutora Isabel Chaves de Almeida

Co-Orientador: Mestre Raquel Corval

Maio de 2011

AGRADECIMENTOS

Um trabalho de investigação resulta sempre de um trabalho de colaboração entre várias pessoas que, de forma distinta, estiveram presentes ao longo deste percurso. A todas elas gostaria de deixar uma palavra de sincero agradecimento.

O meu profundo agradecimento à Professora Doutora Isabel Chaves de Almeida por ter aceitado orientar a realização desta investigação, por todo o conhecimento que gentilmente partilhou comigo e pela disponibilidade que demonstrou nas diferentes etapas do estudo.

À Dr.^a Raquel Corval do Gabinete de Apoio ao Desenvolvimento Infantil e à Família, pelas leituras e correcções das várias versões da tese, pelos conselhos e partilha de referências bibliográficas.

Ao Professor Doutor Marco Ferreira, pelo importante papel que desempenhou na minha formação profissional e pelo apoio e amizade nas dificuldades e contrariedades que foram surgindo ao longo deste percurso.

Ao Professor Doutor Paulo Alcobia cujas orientações a nível do tratamento de dados e selecção dos instrumentos de avaliação foram determinantes para o curso desta investigação.

À Equipa de Apoio às Escolas do Oeste, pela colaboração prestada, pelo envolvimento dos profissionais na distribuição dos questionários e na sensibilização junto das famílias acerca da importância deste estudo.

A todo o quadro docente a desempenhar funções nos Agrupamentos de Escola de referência para a Intervenção Precoce da Região Oeste, pela sua colaboração na distribuição e recolha dos questionários às famílias, assim como no fornecimento de informações para a caracterização dos serviços de Intervenção Precoce nos concelhos abrangidos pela sua intervenção.

A todas as famílias que tornaram possível a concretização deste projecto, pois sem elas esta investigação não seria possível nem faria sentido.

A todos os amigos e familiares pelo apoio, companheirismo e amizade que, de uma forma ou de outra, me acompanharam sempre ao longo deste percurso.

Às minhas filhas Rute e Lara para quem, durante estes dois anos estive menos disponível, por serem a fonte de toda a força nesta fase final e por me fazerem acreditar que afinal tudo é possível!

RESUMO

A intervenção centrada na criança e na família resulta de uma abordagem ecológica e sistémica que salienta o papel da família na intervenção precoce. Nesta concepção, o técnico deverá funcionar como um catalizador, incentivando e ajudando as famílias a implementar estratégias apropriadas para lidar, não só com as dificuldades do seu filho, mas com todas as alterações que a existência de uma criança com necessidades educativas especiais acarreta.

Segundo alguns estudos, a satisfação das famílias está directamente dependente do seu grau de envolvimento nos programas de intervenção precoce. Assim, a presente investigação procurou avaliar o grau de satisfação das famílias na região Oeste de Portugal com as respostas que estão a ser dadas pelos Agrupamentos de Escola de referência para a intervenção precoce nos vários concelhos. Para o efeito desenvolveu-se um estudo quantitativo que contou com a colaboração da Equipa de Apoio às Escolas do Oeste. Participaram, neste estudo, 56 famílias e 10 profissionais que responderam a um conjunto de questões sobre as respostas de intervenção precoce na região. As famílias responderam também a um questionário de satisfação parental, adaptado da escala do Project Dakota (Kovack & Jacks, 1989).

Os resultados são bastante significativos, na medida em que as famílias apresentam níveis de satisfação bastante elevados, em todos os domínios avaliados. Em termos comparativos, o domínio que apresenta valores médios mais baixos é o que se refere à rede social de suporte, na medida em que nem todas as famílias avaliaram de forma positiva esta dimensão. Este facto poderá ser sugestivo de uma nova linha de investigação, uma vez que seria interessante perceber no futuro as razões subjacentes a uma menor satisfação das famílias com a rede de apoio.

Palavras- chave: Intervenção Precoce; Práticas profissionais; Envolvimento Parental; Avaliação de Programas; Satisfação das Famílias.

ABSTRAT

Systemic and ecological approach emphasizes the role of families in early intervention. In this conception, professionals should act as a catalyst, encouraging and helping families to implement appropriate strategies to deal not only with the difficulties of his children, but with all the changes that the existence of a child with special needs entails.

According to some studies, the family satisfaction was directly dependent on their degree of involvement in early intervention programs. Thus, this research sought to assess the degree of family satisfaction with the answers being given by the early intervention team, in the western region of Portugal. For this purpose we developed a quantitative study with the collaboration of the teachers and families. The participants in this study were 56 families and 10 professionals who answer to a number of questions about early intervention in the region. The families also answered to a questionnaire of parental satisfaction, adapted from the scale of Project Dakota (Kovack & Jacks, 1989).

The results are quite significant to the extent that families have very high levels of satisfaction in all domains assessed. By comparison, the lowest average values regarded the social support network. This may be suggestive of a new line of research, since it would be interesting to see, in future researches, the reasons behind family lowest satisfaction with the social network support.

Key-Words: Early Intervention; Professional practices; Parental Involvement; Programs Evaluation; Family Satisfaction.



*Não me prendas as mãos
não faças delas instrumento dócil de inspirações que ainda não vivi
Deixa-me arriscar o molde talvez incerto
deixa-me arriscar o barro talvez impróprio
na oficina onde ganham forma e paixão
todos os sonhos que antecipam o futuro*

(Ademar Ferreira dos Santos)

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	i
RESUMO.....	ii
ABSTRAT.....	iii
ÍNDICE.....	v
ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS.....	vii

INTRODUÇÃO	1
-------------------------	----------

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 - Intervenção Precoce: Origens e perspectivas teóricas	4
1.1 - Importância da Intervenção Precoce.....	4
1.2 - Breve perspectiva histórica.....	7
1.3 - O Conceito e a sua evolução.....	11
1.4 - Modelo transaccional de desenvolvimento de Sameroff.....	16
1.5 - Modelo ecológico de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner	18
1.6 - O Papel da família.....	23
 CAPÍTULO 2 - Intervenção Precoce em Portugal.....	 30
2.1- Historial	30
2.2 - Enquadramento Legislativo	32
2.2.1 - Despacho Conjunto nº 891/1999	34
2.2.2 - Decreto-Lei nº 281/2009.....	36
2.3 - O Contributo da CIF e o Decreto-Lei nº 3/2008.....	38
 CAPÍTULO 3 - Avaliação de programas em Intervenção Precoce	 41
3.1 - Satisfação das famílias.....	43

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4 - Metodologia	48
4.1 - Justificação da metodologia.....	48
4.2 - Objectivos	49
4.3 - Descrição do Instrumento	49
4.4 - Participantes.....	52
4.5 - Procedimentos.....	56
 CAPÍTULO 5 - Apresentação dos Resultados	 57
5.1 - Caracterização das respostas de Intervenção Precoce	57
5.2 - Satisfação das famílias beneficiárias de Intervenção Precoce	58
5.3 - Discussão dos resultados	64
 CONCLUSÃO.....	 68
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 70
 ANEXOS.....	 82
Anexo I - Questionário de Caracterização dos serviços de Intervenção Precoce..	83
Anexo II - Questionário da Investigação à família	90
Anexo III - Pedido de autorização da recolha de dados.....	97
Anexo IV - CD - Dissertação completa em formato PDF	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das famílias beneficiárias de IP por Concelho	52
Quadro 2 - Caracterização das famílias inquiridas	53
Quadro 3 - Caracterização das respostas de IP	54
Quadro 4 - Caracterização dos profissionais de IP inquiridos	55
Quadro 5 - Experiência dos profissionais de IP	55
Quadro 6 - Análise da consistência interna da escala de satisfação aplicada às famílias.....	58
Quadro 7 - Satisfação das Famílias/Dados apurados	59
Quadro 8 - Análise descritiva da satisfação global das famílias com as respostas de IP	59
Quadro 9 - Análise descritiva da satisfação das famílias com o programa e a responsividade da equipa	60
Quadro 10 - Análise descritiva da satisfação das famílias com o aumento de conhecimentos e competências	61
Quadro 11 - Análise descritiva da satisfação das famílias com a compreensão de comportamentos típicos e atípicos	62
Quadro 12 - Análise descritiva da satisfação das famílias com a utilização dos recursos da comunidade	62
Quadro 13 - Análise descritiva da satisfação das famílias com a construção de uma rede de apoio	63

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Subescala do programa e a responsividade da equipa	50
Tabela 2 - Subescala do aumento de conhecimentos e competências	51
Tabela 3 - Subescala da compreensão de comportamentos típicos e atípicos	51
Tabela 4 - Subescala da utilização dos recursos da comunidade	51
Tabela 5 - Subescala construir uma rede de apoio	52

INTRODUÇÃO

Actualmente a Intervenção Precoce (IP) é o produto de uma evolução histórica, científica e organizacional, que tem como objectivo responder de uma forma atempada e eficaz à diversidade dos problemas que se colocam às crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) e às suas famílias, considerando como foco condutor, as suas necessidades e os seus recursos.

Vários autores, têm vindo a afirmar que nos primeiros anos de vida, o desenvolvimento da criança requer condições adequadas de estimulação e segurança, que não sendo satisfeitas podem interferir negativamente no seu desenvolvimento. Partindo do princípio que as experiências a que a criança está sujeita nesse período são condicionantes de todo o seu desenvolvimento posterior, torna-se urgente intervir o mais precocemente possível, privilegiando sempre o envolvimento activo das famílias.

A necessidade de intervir precocemente torna-se mais urgente em crianças com perturbações ao nível do desenvolvimento ou em situação de risco. Esta urgência tem motivado vários serviços a unir esforços e a articular práticas no sentido de dar resposta às necessidades destas crianças e suas famílias.

Vive-se, assim, uma fase de mudança, que se tem traduzido num número crescente de equipas de apoio nos últimos anos, na sequência de projectos locais e de legislação orientadora de normas facilitadoras desta prática. Tendo sido criado recentemente o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), de acordo com o Decreto-Lei nº 281/2009. Segundo esta legislação que actualmente regula a IP, surgem as Equipas Locais de Intervenção (ELI), cujo principal objectivo é apoiar as crianças dos 0 aos 6 anos, especialmente dos 0 aos 3 anos, com incapacidade ou em risco de atraso de desenvolvimento.

A escolha deste tema relaciona-se com a ligação pessoal à actividade junto das famílias no desempenho de funções na IP na região Oeste. Enquanto profissionais de educação temos contacto, por vezes, com situações de frustração e sentimento de incapacidade em relação aos problemas vividos pelas famílias. Muitas vezes os pais de crianças com NEE têm dificuldade em aceitar a diferença do filho, pois são várias as fases e reacções pelas quais passam no processo de compreensão/adaptação/aceitação de um filho diferente.

A implicação e o envolvimento dos pais e de toda a família no processo educativo são condições fundamentais para a promoção do sucesso, uma vez que são estes elementos que poderão dar continuidade aos objectivos definidos em equipa no âmbito da IP, facilitando a manutenção e a generalização das aquisições da criança. É, por isso, de extrema importância a criação de uma relação de empatia e confiança com os pais, pois quando se trabalha em parceria, os resultados são sempre mais compensadores e positivos.

Ao longo deste estudo procurámos perceber qual o grau de satisfação das famílias da Região Oeste com as respostas de IP, utilizando a escala de Satisfação parental, desenhada especificamente para avaliar os diferentes domínios da satisfação das famílias.

Convém ainda ressaltar que este trabalho não pretende avaliar programas de IP, pois isso implicaria a existência de um programa estruturado a funcionar no âmbito de uma equipa multidisciplinar, mas de respostas variadas que resultam da parceria entre diversos serviços/instituições.

Para facilitar a compreensão, a tese divide-se em duas partes fundamentais: a primeira parte procura fazer um enquadramento teórico da temática e desenvolve-se em três capítulos. O primeiro capítulo faz referência às origens da IP, à sua importância, apresentando uma breve perspectiva histórica e a evolução de alguns conceitos, que se tornaram de uso corrente. Este capítulo procura ainda definir Modelos teóricos que actualmente orientam a IP. Aborda também as práticas em IP, ressaltando o relevante papel da família em todo este processo.

O segundo capítulo faz um enquadramento da IP em Portugal, salientando os contributos legislativos mais recentes neste domínio. Faz ainda uma breve alusão ao contributo da CIF e do Decreto-Lei nº3/2008 para a questão da elegibilidade das crianças para os serviços de IP.

O terceiro capítulo incide sobre a revisão bibliográfica no que respeita à avaliação de programas de IP e à satisfação das famílias. Procurou-se, por um lado, focar os principais estudos, nacionais e internacionais, que têm sido desenvolvidos; as principais alterações que têm sido implementadas ao nível dos programas e as diversas metodologias que têm sido utilizadas para avaliar a eficácia dos mesmos. No que se refere à satisfação das famílias, procurou-se rever a investigação que tem sido realizada nesta área, de modo a salientar a importância das variáveis familiares no processo de desenvolvimento da criança e na própria IP.

A segunda parte da tese é dedicada à investigação empírica. O quarto capítulo procura justificar as escolhas metodológicas, apresentando os objectivos que nortearam a investigação. Também é neste capítulo que se faz a caracterização dos participantes, quer das famílias quer dos profissionais, dos instrumentos utilizados e dos procedimentos que permitiram a recolha de dados.

No quinto e último capítulo são apresentados os resultados do estudo, procurando discuti-los à luz da literatura científica existente, tentando cruzar com resultados identificados em estudos similares. Realçamos aqui a satisfação das famílias nas dimensões em que esta foi mais notória e tentamos vislumbrar algumas ideias de acordo com outros estudos consultados, de encontrar maneiras de melhorar os aspectos em que as famílias não se encontram totalmente satisfeitas com as respostas de IP na sua área de residência.

Na conclusão, procurámos resumir o essencial do estudo, deixando em aberto algumas ideias para outras investigações nesta área que seriam bem-vindas.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 - Intervenção Precoce: Origens e Perspectivas teóricas

1.1 Importância da Intervenção Precoce

Ao longo dos últimos 50 anos, a investigação tem demonstrado a importância da IP, ou seja, de uma intervenção nos primeiros anos de vida. De facto, a investigação tem demonstrado que a IP tem um importante papel remediativo e, em muitos casos, permite prevenir problemas desenvolvimentais (Fernandes, 2008). Através de uma IP centrada na criança e na família é possível diagnosticar dificuldades, promover ganhos desenvolvimentais/educacionais na criança e promover melhorias no funcionamento familiar e na qualidade das relações familiares, assegurando assim, benefícios a longo prazo para a sociedade (Smith, 1988; cit. por Corval, Mendes, & Figueiredo, 2006).

Segundo Guralnick (2004 cit. por Corval et al., 2006), estima-se que existam em todo o mundo 780 milhões de crianças afectadas por condições biológicas, ambientais e psicossociais que limitam o seu desenvolvimento cognitivo. Esta é uma realidade para a qual urge encontrar respostas eficazes, de forma a atenuar os seus efeitos. Felizmente, o reconhecimento do âmbito e da magnitude do problema tem sido acompanhado por um compromisso à escala mundial que se baseia na oferta de serviços de IP que permitam suportar e apoiar estas crianças, naturalmente mais vulneráveis, e suas famílias (Blackman, 2002).

A investigação sobre o desenvolvimento da criança demonstrou que o ritmo de aprendizagem e de desenvolvimento humano é mais rápido em idade pré-escolar. Se os períodos em que a criança está mais preparada para fazer determinadas aquisições não são aproveitados, a criança pode ter dificuldade em aprender determinadas competências específicas, num momento mais tardio. A IP pode começar em qualquer momento, entre o nascimento e a idade escolar, contudo, há muitas razões para que comece o mais cedo possível (Smith, 1988; cit. por Corval et al., 2006). O momento de intervir torna-se particularmente importante quando uma criança corre o risco de perder oportunidades de aprendizagem.

A investigação acerca das capacidades e potencialidades sensoriais do bebé, das suas capacidades de relação e interacção com o mundo, remete-nos para a

importância das experiências precoces no desenvolvimento da criança (Ainsworth, 1982). Os primeiros anos de vida da criança são o alicerce para o desenvolvimento posterior. O cérebro humano desenvolve a maioria das redes neuronais e é mais receptivo à aprendizagem entre o nascimento e os três anos de idade, período em que a integração de nova informação é crítica para os padrões de activação neuronal (Shonkoff & Philips, 2000).

Bruer (1999) estudou a importância das experiências precoces e descreveu o que designa de pilares neurocientíficos, comumente designados de “*mito dos três primeiros anos de vida*”. O rápido desenvolvimento do cérebro durante o período pré-natal e os primeiros anos de vida constitui o primeiro pilar. Nesta fase, o cérebro é bastante activo, produzindo mais sinapses do que o cérebro de um adulto. Nos humanos, a formação de sinapses inicia-se nos primeiros meses de vida e atinge a sua maior densidade entre os três meses de idade e os dois anos e meio de vida (Huttenlocher & Dabholkar, 1997; Rakic, Bourgeois & Goldman-Rakic, 1994; cit. por Corval et al., 2006). Segundo Diamond & Goldman-Rakic (1989), esta intensidade sináptica coincide com a emergência de importantes competências cognitivas, nomeadamente as primeiras manifestações da memória de trabalho. Percebemos assim que a investigação em neurociências e os estudos sobre o desenvolvimento humano confirmam a importância das experiências precoces, tanto em termos estruturais, ou seja, o desenvolvimento de estruturas cerebrais, como em termos de padrões comportamentais (Corval et al., 2006).

Citando as mesmas autoras, o segundo e o terceiro pilar referem-se à existência de períodos sensíveis e ao efeito, a longo prazo, das experiências precoces. Knudsen (1999) afirma que está hoje comprovada a existência de períodos sensíveis no desenvolvimento cerebral. Estes períodos correspondem a momentos do desenvolvimento durante os quais é necessário que a criança tenha determinadas experiências para que o cérebro se desenvolva normalmente, em que o nível de prontidão do cérebro para receber certo tipo de informação (visual, social, afectiva, cognitiva, etc.) é máximo (Greenough, Black & Graham, 1987). Por exemplo, alguns estudos demonstram claramente a existência de períodos sensíveis para o desenvolvimento da linguagem (Newport, 1990). Por outro lado, são bastantes as linhas de investigação que têm analisado o efeito negativo de determinadas experiências precoces no desenvolvimento posterior da criança, nomeadamente o efeito de ambientes de risco, de privação, de abuso e/ou de negligência (Nachmias et al., 1996; Gunnar & Chisholm, 1999, cit. por Corval et al., 2006).

A IP pode também ter uma função terapêutica ou remediativa, quando as crianças apresentam já algum grau de atraso, em termos de recuperação, evitando o aumento do desfasamento entre o nível desenvolvimental da criança e aquilo que é esperado para a sua idade cronológica (Brown & Brown, 1993). Por último, pode ainda reduzir os efeitos secundários de doenças crónicas e deficiências funcionais permanentes.

Em síntese, parece consensual a ideia de que os primeiros anos de vida representam um período importante para o desenvolvimento da criança, constituído um período privilegiado para dar início à intervenção. De facto, a IP pode evitar que factores de risco na criança e/ou no seu ambiente possam conduzir a um atraso de desenvolvimento e/ou disfunções, oferecendo à criança a estimulação correcta e a interacção adequada com o seu meio ambiente (Bairrão & Almeida, 2003). Do ponto de vista da criança, Smith, (1988; cit. por Corval et al., 2006) salienta ainda como benefícios, a menor taxa de retenção escolar; a redução dos custos educacionais dos programas escolares; a maior equidade entre a criança e os seus pares, após a intervenção.

Quanto aos argumentos relativos à família, a IP oferece como ponto primordial um apoio à família, o que ajuda no processo de anamnese e de conhecimento das relações familiares (Almeida, 2004). Esta pode possuir um papel fundamental ao nível de outros membros e relações na família. Os serviços de IP têm um impacto significativo nos pais e irmãos de uma criança com necessidades especiais. Os pais ficam melhor informados sobre o problema da criança e, por sua vez, sentem-se mais aptos para a educação dos filhos (Almeida, 2004). Por exemplo, a constatação de um tratamento diferencial e negativo por parte dos pais em relação a outras crianças da família pode dirigir a intervenção no sentido de evitar um impacto negativo no desenvolvimento e/ou o aparecimento de problemas comportamentais nos irmãos da criança. Por outro lado, a família de uma criança com necessidades especiais frequentemente sente desilusão, isolamento social, stress acrescido, frustração e desânimo (Botelho, 1994). O stress causado pela presença de uma criança com necessidades especiais pode afectar o bem-estar da família e interferir com o desenvolvimento da criança (Costa, 2004). Famílias de crianças com incapacidades revelam maiores casos de divórcio e suicídio, e a criança com incapacidades tem mais probabilidades de sofrer de abuso do que uma criança sem incapacidades (Costa, 2004).

Segundo Corval et al. (2006), podemos enumerar ainda um conjunto de vantagens que advêm de uma intervenção atempada: A IP pode assegurar que a família como um sistema e a família como uma rede (avós, tios, etc.) aprendam a lidar com os problemas da criança com NEE e evitar que os irmãos possam vir a ter uma situação desfavorável na família, da qual pode resultar um impacto negativo no seu próprio desenvolvimento e o aparecimento de problemas comportamentais. Por outro lado, alivia a carga imposta à família, oferecendo-lhes apoio, relativamente aos direitos contemplados na legislação: assistência e apoio material, equipamento adaptado e melhoria da qualidade de vida (Almeida, 2004).

Antunes (1998) refere que a IP torna-se numa forma eficaz de ajudar os pais a lidar com os filhos e com as suas incapacidades, envolvendo-os activamente no processo de intervenção e permitindo-lhes descobrir as suas próprias competências e capacidades para que tenham mais autonomia na prestação de cuidados ao seu filho. Ajuda ainda a diminuir o sentimento de isolamento dos pais, permitindo o seu ajustamento emocional de modo a influenciar positivamente o processo de adaptação à situação, promovendo a interacção pais/filho, de forma a criar uma relação emocional mais equilibrada e evitar praticas educativas indesejáveis.

Num âmbito mais vasto, verificamos que também a sociedade retira o máximo de benefício desta intervenção, na medida em que a IP promove uma maior consciência da existência de crianças em risco desenvolvimental na comunidade e do direito que estas têm de ser apoiadas. Outros contributos prendem-se com o reforço das oportunidades das crianças, dado o aumento significativo do sucesso escolar, a redução da probabilidade de gastos futuros relacionados com a delinquência, o desemprego e a dependência de apoios sociais (De Moor et al., 1991; cit. por Corval et al., 2006).

1.2 Breve perspectiva histórica

A maioria dos documentos históricos é omissa quanto ao papel da criança na sociedade e os escassos documentos que existem apresentam representações deformadas da criança, muitas vezes, percepcionada como um adulto em miniatura (Oliveira, 2007). Assim, para a generalidade dos historiadores, o sentimento da infância e as preocupações educativas são um fenómeno recente, nascido no decorrer do século XVIII (Ariés, 1988).

Seria, contudo, na segunda metade do século XX que se assistiria aos maiores avanços no que se refere ao reconhecimento dos Direitos da Criança. No dia 2 de Setembro de 1990, com grande adesão a nível mundial, entrou em vigor a Convenção dos Direitos da Criança que constitui o mais completo e importante documento sobre os direitos de todos os seres humanos com menos de 18 anos.

Com este tratado substituiu-se a concepção tradicional de protecção pelo conceito de participação, reconhecendo à criança direitos semelhantes aos do adulto: direitos civis e liberdades; direito a um ambiente familiar e a aconselhamento parental; direito a cuidados básicos como a saúde, o bem-estar, a educação e o lazer (Convenção dos Direitos da Criança (2003-2010)).

A Declaração dos Direitos da Criança preexistente enumerava os princípios fundamentais, mas não tinha valor jurídico. A Convenção, pelo contrário, tem força de lei, comprometendo os governos que a confirmaram a garantir às crianças o pleno exercício dos seus direitos. Desta forma, o documento veio permitir que se encarasse, pela primeira vez, a criança como um ser titular de direitos e liberdades fundamentais.

Em 1991, a UNICEF decidiu que os programas a implementar deveriam reflectir os princípios da Convenção que passaria a servir de referência, independentemente do país de implementação. A Convenção apresenta-se, assim, como um modelo de consenso universal que não pode ser negada por nenhum país (Convenção dos Direitos da Criança).

Segundo Correia (1999), a declaração dos direitos da criança (1921) e a declaração dos Direitos Humanos (1948), juntamente com outros movimentos de integração nos planos educativo e social, liderados por profissionais de educação, nomeadamente de Educação Especial e pais de Crianças com NEE, contribuíram para uma nova filosofia de Educação Especial.

Assiste-se assim a uma valorização dos Direitos Humanos, passando as pessoas com deficiência a ser consideradas como possuidoras dos mesmos direitos e deveres de todos os outros cidadãos, bem como o direito à participação activa na vida social e à sua integração escolar e profissional. *“A Educação Especial passa, assim, neste século, por grandes reformulações, como resultado das enormes convulsões sociais, de uma revisão gradual da teoria educativa e de uma série de decisões legais históricas que assentam num pressuposto simples: a escola está à disposição de todas as crianças em igualdade de condições e é obrigação da comunidade proporcionar-lhes um programa público e gratuito de educação adequado às suas necessidades.”* (Correia, 1999: 14).

A ideia de IP tem a sua origem na convergência de distintos campos de investigação e a sua afirmação, enquanto área de actuação social, continua em construção, à medida que se vão acumulando saberes teóricos e empíricos (Shonkoff & Meisels, 1990). Segundo Corval et al. (2006) o conceito de IP continua a ter, no início deste novo milénio, uma grande variedade de oportunidades e desafios que merecem ser explorados, tanto ao nível da intervenção social como da actividade política, económica e cultural.

O termo IP tem por base um conceito originário dos Estados Unidos da América (EUA) e que tem vindo a evoluir, desde os anos 60, de uma perspectiva de remediação para uma perspectiva de prevenção (Antunes, 1998). Este conceito surge, essencialmente, da interacção entre três domínios: a educação, a saúde e a psicologia do desenvolvimento. Entre os pressupostos fundamentais da IP está a crença profunda na responsabilidade social, no sentido de garantir a protecção e o cuidado das pessoas mais vulneráveis, sobretudo das crianças (Shonkoff & Meisels, 1990).

Nos finais do século XIX, assiste-se a um aumento do interesse e da preocupação para com a criança e aparecem os primeiros “Kindergarten”, as “Nursery Schools” e os primeiros serviços de saúde materno-infantis. Na base destes serviços está a preocupação social com o bem-estar e a educação das crianças mais carenciadas (Pimentel, 1997).

Segundo Pimentel (1997), os primeiros programas de IP que surgem nos EUA, no início dos anos 60, denotam uma perspectiva de educação compensatória, no sentido em que estabelecem uma série de respostas para os casos de crianças com NEE ou em risco. O principal objectivo destes programas é quebrar o ciclo da pobreza e minimizar os défices da criança ou, se possível, eliminá-los, baseando-se no pressuposto da maior plasticidade do desenvolvimento nos primeiros anos de vida, o que implicaria que uma intervenção neste período sensível teria efeitos mais acentuados tanto a nível preventivo como remediativo (Pimentel, 1997). Os programas, então desenvolvidos, procuram proporcionar às crianças um vasto conjunto de experiências de aprendizagem, no sentido de lhes permitir a aquisição de competências desenvolvimentais e funcionais (Simeonsson, 1994).

Neste período inicial, o serviço de apoio à criança com deficiência e respectiva família encontrava-se fragmentado por múltiplas instituições e a criança era alvo de diversas intervenções (médica, terapêutica e educativa). Com o tempo, os programas de intervenção evoluíram no sentido de uma melhor integração dos serviços. Assim,

surgiram programas como o Head Start que oferecia serviços sociais, educacionais e de saúde física e mental.

O Head Start é um programa do departamento de Saúde e Serviços Humanos, que se concentra em ajudar as crianças de famílias de baixa rendimento. O programa de maior duração para interromper o ciclo de pobreza nos Estados Unidos. Ele oferece educação integral, saúde, nutrição e serviços de envolvimento dos pais com crianças de famílias desfavorecidas. O desenvolvimento deste programa, nos EUA constituiu um marco muito importante na mudança de mentalidade e de práticas profissionais. De facto, este programa foi considerado uma experiência bastante inovadora ao juntar os serviços educativos com os serviços de saúde, de forma a combater as desvantagens sociais, económicas e biológicas (wall et al., 2005).

Das conclusões dos estudos avaliativos deste programa destacam-se as seguintes: as experiências mais precoces têm um impacto crucial no desenvolvimento subsequente da criança, e as crianças provenientes de classes economicamente desfavorecidas têm uma estimulação precária, o que origina sucessivos insucessos escolares. Como tal, a ideia de que no período pré-escolar, os programas de Educação Compensatória poderiam facilitar o ajustamento, o desempenho escolar e, de algum modo, compensar a falha desenvolvimental da criança, ganha consistência (Zigler & Valentine, 1979, cit. por Shonkoff & Meisels, 1990).

Esta conclusão é reforçada pelos resultados de uma pesquisa longitudinal que acompanhou um grupo de crianças desfavorecidas a frequentar escolas-modelo, durante a infância. A National Association for the Education of Young Children (NAEYC, 2002) refere que foram, posteriormente, realizados vários testes de vocabulário e habilidades matemáticas que comprovaram que estas crianças alcançavam resultados escolares significativamente superiores aos dos seus pares que não frequentaram estas escolas.

A década de 70 é, assim, considerada a época moderna da IP, na medida em que marca o início de um período em que a educação especial tornou-se uma prioridade, com um maior investimento na resposta às necessidades das crianças com deficiência, através de um aumento significativo de cursos de formação e de expansão de serviços (Pimentel, 1997). Shonkoff e Meisels (1990) referem que, nesta altura, a IP é influenciada não só pelos resultados dos programas interventivos pré-escolares que se revelaram mais eficazes, mas também pelo movimento de renovação da educação especial nos EUA.

A partir de 1975, assiste-se, nos EUA, à publicação de nova legislação que reconhece, pela primeira vez, que todas as crianças em idade escolar, independentemente de apresentarem uma deficiência, o direito a uma educação pública gratuita (Public Law 1975, cit. por Almeida, 2000). Esta nova legislação constitui uma mudança fundamental, na medida em que passa a ser exigido a elaboração de um Programa de Ensino Individualizado (PEI) baseado numa avaliação não discriminatória, alargando o ambiente de implementação dos serviços educacionais e realçando o papel dos pais como parceiros indispensáveis, tanto ao nível da elaboração do PEI, como da intervenção (Simeonson & Bailey, 1990).

Será, contudo, nos anos 80 que a IP integra definitivamente a família, reconhecendo-lhe um papel preponderante na educação dos seus filhos (Almeida, 2000). Os modelos de IP que inicialmente eram quase exclusivamente centrados na criança passam a ter em conta a família, as suas necessidades e potencialidades. O âmbito de aplicação da legislação também se alterou, abrangendo a população dos três aos seis anos com carácter de obrigatoriedade, com uma recomendação para que fosse alargado à população dos zero aos três anos, mas com carácter opcional. Outro objectivo perseguido por esta legislação foi evitar a dispersão da família por diferentes serviços, proporcionando um atendimento com carácter multidisciplinar para todas as crianças com NEE e suas famílias através da coordenação inter-serviços (Bairrão, 1994).

1.3 O Conceito e a sua evolução

Dias (1998) refere que o conceito de IP tem sido objecto de ampla divulgação, particularmente no campo da educação especial. No entanto, nem sempre se tem gerado consenso quanto à sua definição, ao seu âmbito e momento de realização. Apesar de, actualmente, ser alvo de uma aceitação clara enquanto sistema e estrutura de prestação de serviços, o campo da IP nem sempre foi acolhido e suportado de modo consistente. Bairrão (1994) refere que a IP no seu estado actual, é o produto de uma evolução histórica, científica e organizacional que importa conhecer.

O conceito de IP tem sido alvo de inúmeras reformulações, para as quais contribuíram diferentes perspectivas teóricas, que abordaremos em seguida, que permitiram não só a evolução deste conceito e objectivos mas também das práticas definidas e implementadas. Deste modo, teve que levar a cabo algumas batalhas: pela

delineação das suas metas e objectivos; pela especificação e conceptualização de modelos, programas e métodos; assim como pela selecção dos prestadores de serviços e utentes.

Segundo Bailey e Wolery (1992), o termo IP tem sido utilizado para descrever uma variedade de serviços para crianças com NEE e suas famílias. Ou seja, com a IP pretende-se responder de uma forma eficaz e atempada à diversidade e complexidade de problemas das crianças em idade pré-escolar, que apresentam atrasos no desenvolvimento, e às suas famílias (Bairrão, 1994). Respostas essas que deverão otimizar as condições de interacção criança-família, sendo um dos objectivos da IP. O que deverá ser feito nomeadamente através de informação sobre a problemática em causa, pelo reforço das capacidades e competências, designadamente na identificação e utilização dos seus recursos da comunidade, e ainda na capacidade de decidir e controlar a sua dinâmica familiar (Despacho-Conjunto nº 891/99).

Bach (1983) defende que só podem ser entendidas como medidas de IP, as acções que no âmbito do diagnóstico e estimulação se realizem imediatamente a seguir ao nascimento ou ao aparecimento das lesões ou manifestações da doença que conduzam a situações de incapacidades, desastres ou outros acidentes. Mas, há quem defenda que é um conjunto de acções que têm o seu início mesmo antes do nascimento, conferindo assim ao conceito uma maior abrangência.

Estas duas perspectivas focam essencialmente a altura em que deve ser iniciada a intervenção. A primeira situa-se mais no conceito de estimulação precoce, dando ênfase ao diagnóstico médico e à criança, esquecendo os outros intervenientes. A segunda dá relevância à vertente preventiva da IP.

Para Felgueiras (1999) a IP, traduz-se na forma de designar um conjunto de esforços desenvolvidos para prevenir ou melhorar problemas de ordem desenvolvimental ou comportamental de crianças nas primeiras idades, provocadas por influências ambientais e/ou biológicas. Deste modo, a IP designa-se por uma medida de apoio integrado, centrada na criança e na família, através de acções de natureza preventiva e habilitativa, designadamente no âmbito da educação, saúde e da acção social. São todas as formas de actividades de estimulação, dirigidas à criança, e de orientações dirigidas aos pais, que são implementadas como consequência directa e imediata da identificação de um problema de desenvolvimento. Será então o contrário da espera passiva, ou seja, quanto mais cedo se actuar, mais cedo se ultrapassarão

dificuldades de desenvolvimento, suprimindo-se e/ou atenuando-se, de modo mais efectivo, falhas de aquisição/desempenho.

Leitão (1989) sublinha que o termo IP, não pode ser considerado um conceito unívoco. É no entanto imprescindível que exista uma base consensual que actualmente se caracteriza por uma orientação centrada na família em que existem objectivos individualizados para a criança e para a família. Ainda para o mesmo autor, é importante que se clarifique este conceito e as práticas que dele devem resultar. *“Em sentido lato, IP engloba toda uma gama diversificada de serviços - médicos, educativos e sociais - que procuram, através do desenvolvimento de projectos e de programas adequados às necessidades especiais das crianças abrangidas, evitar - componente preventiva da intervenção precoce - ou reduzir ao mínimo - componente compensatória e reabilitativa da intervenção precoce - os efeitos negativos que determinados factores provocam no crescimento e no desenvolvimento infantil”* (p. 43).

Fonseca (1997), adianta que os primeiros objectivos da IP devem ser, reduzir ou minimizar os potenciais efeitos negativos de uma história de risco, evitando assim os processos acumulativos que estão presentes na evolução das crianças com deficiência ou em risco, através de equipas multidisciplinares. Considerava-se “em risco”, toda a criança portadora de uma deficiência, que tivesse sido sujeita a problemas no período pré, peri ou pós natal ou, ainda, com privações graves de nutrição, graves carências socioeconómicas, incapacidade materna, marginalização familiar ou outra (SNR 1983, cit. por Bairrão & Almeida, 2002).

Na mesma linha de pensamento Meisels e Shonkoff, (1992, cit. por Coutinho, 2000) mencionam que a IP consiste num conjunto de serviços de carácter multidisciplinar oferecidos e aplicados a crianças que apresentam alguma deficiência ou vulnerabilidade em termos do seu desenvolvimento, bem como às suas famílias, abarcando o período que medeia entre o nascimento da criança e os três anos de idade. Tal como, Bailey e Wolery (1992, cit. por Almeida, 2000) atribuem à IP múltiplas metas que passam por, identificar preocupações e forças da família ajudando-as a atingir os seus objectivos, promover o desenvolvimento da criança, o treino da sua autonomia, estimular o desenvolvimento das suas competências sociais, prepará-las para as exigências de vida normalizantes e prevenir atrasos ou incapacidades futuras.

Sabendo que as experiências vivenciadas pela criança, nos primeiros anos de vida, são cruciais para o seu desenvolvimento, a IP deve ser iniciada logo que seja detectado qualquer problema que o comprometa. Quanto mais cedo for iniciada a

intervenção mais possibilidade existem de obter bons resultados e ultrapassar ou minimizar os problemas encontrados. No entanto, só existe verdadeira precocidade quando a intervenção tem o seu início logo após o nascimento ou o aparecimento de problemas provocados por acidentes ou doenças que conduzem a crianças a situações de deficiência. A identificação das crianças com NEE ou em risco determinam o aparecimento de diferentes estratégias de intervenção que ao longo dos tempos têm vindo a reflectir a mudança e a evolução dos modelos teóricos que estão por detrás da IP (Pimentel, 1997).

Bairrão (1994) refere que o principal objectivo da IP é responder de uma forma atempada e eficaz à diversidade e à complexidade dos problemas que se põem à criança que apresentam atraso de desenvolvimento, assim como às suas famílias e aos contextos onde se inserem. Da mesma forma Boavida (2003), elege como objectivo primordial da IP pôr à disposição da família da criança com incapacidade ou em “risco”, uma rede de suporte social, de modo a dar-lhes poder e capacidade para assumirem e desempenharem um papel idêntico ao assumido pelas famílias sem problemas deste tipo, na educação dos seus filhos. Segundo a classificação de Tjossem (1976) a população alvo dos programas são crianças e famílias em risco estabelecido, risco biológico, risco ambiental ou envolvental. Por risco estabelecido, o autor entende as crianças cujo desenvolvimento atípico se relaciona com problemas médicos, de etiologia conhecida como é o caso das síndromes e das deficiências. Em risco biológico são consideradas as crianças que apresentam uma história pré, péri e pós natal que sugere uma agressão biológica do sistema nervoso central, susceptível de aumentar a probabilidade de desenvolvimentos atípicos posteriores (como por exemplo crianças prematuras, crianças com baixo peso ao nascimento, que sofreram anóxia, etc.). Relativamente ao risco envolvental, o autor refere que abrange as crianças biologicamente saudáveis, mas cujo ambiente onde nasceram não lhes proporcionou experiências significativas e enriquecedoras para o seu desenvolvimento, existindo assim condições sociais que poderão contribuir para o prejuízo do desenvolvimento da criança. De salientar que há crianças e famílias que apresentam riscos cumulativos.

Coutinho (1999) enumera como objectivos da IP: a promoção do desenvolvimento integral da criança; a criação de oportunidades de experiências de vida normalizada; a promoção do empenho da criança, a sua independência e a sua mestria; a promoção do desenvolvimento de interacções positivas entre os pais, a família e a criança no sentido de promover sentimentos mútuos de competência e satisfação; o

apoio das famílias na realização seus próprios objectivos, apostando na melhoria da competência parental; a facilitação do desenvolvimento da criança e a defesa dos seus direitos.

Com a evolução deste conceito, a IP preocupa-se agora com os contextos de vida da criança. Vários autores dão mais realce à inter-relação dos contextos que envolvem a criança, não desprezando a importância do período óptimo para intervir (deve-se iniciar o mais cedo possível). Dunst, Trivette e Deal, (1994) consideram que a IP deverá prestar um suporte à família das crianças com NEE nos primeiros anos de vida por membros da rede de suporte social, formais e informais que tenham efeitos directos ou indirectos no funcionamento dos pais, da família e da criança. Nos anos 90, o modelo *focado na família* tende a evoluir para um modelo *centrado na família*, dando especial importância à interdependência entre os diferentes contextos, este modelo procura melhorar o bem-estar da família, sendo as necessidades e desejos da mesma que guiam toda a prestação de serviços. (Bailey & McWilliam, 1993).

Em 2000, Dunst vem reforçar a ideia do enfoque dos serviços de IP na família, pelo que esta deverá beneficiar de apoios e recursos, tanto de ordem formal como de ordem informal. O mesmo autor conclui que estes apoios e recursos têm uma influência directa ou indirecta no funcionamento da família como um todo, mas também no seu subsistema criança e subsistema parental. Mais recentemente, Dunst e Bruder (2002) entendem por IP o conjunto de serviços, apoios e recursos, destinados à criança e à sua família, no sentido de corresponder às necessidades específicas das primeiras e às necessidades das famílias no que se refere à promoção do desenvolvimento das suas crianças. Deste modo a IP compreende todo o tipo de oportunidades, actividades e procedimentos destinados a promover o desenvolvimento e a aprendizagem da criança, bem como um conjunto de oportunidades para que as famílias possam promover esse mesmo desenvolvimento e aprendizagem (Dunst & Bruder, 2002).

Em 2005, o relatório síntese do grupo de especialistas da European Agency, após reunir alguns contributos e de uma análise detalhada do sistema de IP na Europa propõe a seguinte definição: “*A intervenção precoce é um conjunto de serviços/recursos para crianças em idades precoces e suas famílias, que são disponibilizados quando solicitados pela família, num certo período da vida da criança, incluindo qualquer acção realizada quando a criança necessita de apoio especializado para: Assegurar e incrementar o seu desenvolvimento pessoal; Fortalecer as auto competências da família; Promover a sua inclusão social. Estas acções devem ser realizadas no contexto*

natural das crianças, preferencialmente a nível local, com uma abordagem em equipa multi-dimensional orientada para a família” (pp. 17-18).

Estas definições acompanham toda uma mudança conceptual da IP, em que se privilegia um modelo de envolvimento da família, como já foi referido. A IP deixou de considerar a criança de uma forma isolada, para atender às características dos vários contextos de vida da criança e às interacções que se estabelecem entre eles (Almeida, 2009). Actualmente, existe um maior consenso relativamente ao que deve ser a IP, bem como às suas práticas. Este novo conceito centra-se no desenvolvimento da criança e no impacto das interacções sociais no ser humano em geral e, na criança em particular. Observa-se assim uma mudança no sentido de uma intervenção focada na criança e nos contextos em que esta se insere, desde a família ao ambiente mais alargado. Ou seja, verifica-se uma evolução do tradicional modelo “médico” para um modelo “social/ecológico” (Almeida, 2000).

Esta mudança de paradigma teve como referencial teórico os modelos ecológicos e transaccionais, que serão abordados nos pontos seguintes.

1.4 Modelo transaccional do desenvolvimento de Sameroff

Sameroff e Chandler (1975) alargaram a investigação realizada por Bell (1968), que argumentava que o comportamento era bidireccional e propuseram o modelo transaccional no qual o indivíduo e o ambiente são interdependentes e em constante interacção (Bailey & Wolery, 1992).

Segundo Almeida (2009), na perspectiva transaccional o desenvolvimento resulta das trocas recíprocas entre a criança e os seus contextos de vida. Assim, uma situação de risco biológico pode ser atenuada ou ultrapassada se o contexto de desenvolvimento for favorável, da mesma forma que um contexto desfavorável pode pôr em causa o desenvolvimento normal de uma criança. O modelo transaccional assenta, assim, numa explicação dinâmica do desenvolvimento, sendo este considerado como o produto da contínua interacção entre a criança e os seus contextos sociais (Sameroff & Chandler, 1975). Para os autores, o que é a criança em qualquer ponto do tempo, não é função do estado inicial da criança, nem do estado inicial do ambiente, mas sim de uma complexa função da interacção da criança com o ambiente ao longo do tempo.

O resultado da criança não é só um produto cumulativo de uma série de interações e transacções, mas é também o resultado de como o indivíduo percebe, define e interpreta as experiências (Bailey & Wolery, 1992). Esta abordagem presta especial atenção à complexidade do desenvolvimento e o comportamento é entendido como o produto da combinação de múltiplas influências entre o ser biológico e as suas experiências de vida. Neste sentido, o contexto de desenvolvimento da criança é tão importante quanto as suas características pessoais (Sameroff & Fiese, 1990; cit. por Corval et al., 2006).

Sameroff (1975), refere que o carácter específico das transacções decorrentes entre a criança e o seu ambiente que parecem determinar o curso subsequente do seu desenvolvimento. A intervenção que se centra apenas na criança é limitada, salientando-se a importância das modificações que devem ocorrer no meio, quer para potenciar melhores condições quer para anular influências de variáveis negativas. Segundo Simeonsson e Bailey (1990) a família é a componente essencial do ambiente em que a criança se desenvolve. A família influencia e é, por sua vez, influenciada pela criança num processo contínuo e dinâmico do qual resultam aspectos diferenciados para cada uma das partes em interacção. A criança altera o ambiente que a rodeia e é por, sua vez, influenciada pelas mudanças que provoca (Simeonsson, 1994).

O Modelo Transaccional surge-nos actualmente como o modelo teórico de referência para muitos especialistas de IP. A sua disseminação enquanto modelo teórico de referência teve consequências muito importantes ao nível da intervenção, nomeadamente na identificação de objectivos e estratégias de intervenção, bem como na criação de programas e currículos, sublinhando a importância dos primeiros anos como período chave para a prevenção ou melhoria das dificuldades desenvolvimentais. Desde que foi inicialmente apresentado, este modelo traz para a IP as bases teóricas para a compreensão da génese dos problemas do desenvolvimento e para uma intervenção a diferentes níveis, lançando um desafio importante aos profissionais que procuram eficazmente melhorar a vida de crianças e famílias que encontraram a IP no seu percurso de vida (Correia & Serrano, 1998).

O que se apresenta de inovador neste modelo, comparativamente a outros modelos explicativos do desenvolvimento, é a igual ênfase colocada nos efeitos da criança e do ambiente, de forma que as experiências providenciadas pelo ambiente não são vistas como independentes face à criança. A própria criança pode ter sido um forte determinante das experiências actuais, no entanto os resultados de desenvolvimento não

podem ser sistematicamente descritos sem uma análise dos efeitos do próprio ambiente sobre a criança (Sameroff, 1993; Sameroff & Fiese, 2000).

A perspectiva transaccional do desenvolvimento humano conceptualiza o risco, atendendo aos factores intrínsecos da criança, às variáveis ambientais e à interacção bidireccional entre a criança e o ambiente (Sameroff & Chandler, 1975). Assim, uma análise cuidada dos determinantes do desenvolvimento deverá ter em conta os factores ecológicos, nos quais a criança e a família estão inseridas (Sameroff & Fiese, 2000). Ao ter em conta a importância das trocas entre a criança e os seus contextos, este modelo constitui-se como um referencial importante, para uma prática centrada na família.

Ao reconhecer este modelo, a IP aceita que os factores biológicos podem ser modificados por factores ambientais, e que as vulnerabilidades do desenvolvimento podem ter etiologias sociais e ambientais (Shonkoff & Meisels, 1990). Os autores afirmam ainda que o conhecimento da natureza transaccional do desenvolvimento, os potenciais benefícios dos serviços de IP e a influência da qualidade do ambiente, de cuidados trazidos à luz pelas pesquisas sobre desenvolvimento da criança, forneceram a base para o desenvolvimento de estratégias de intervenção para modificar esse ambiente.

Em síntese, o que transparece deste modelo explicativo do desenvolvimento é a igual ênfase colocada quer nos efeitos sobre a criança quer sobre o ambiente. A sua aceitação implica, acima de tudo, reconhecer que as variáveis ambientais podem alterar as condições biológicas e também que as dificuldades de desenvolvimento têm uma etiologia ambiental (Meisels & Shonkoff, 2000; cit. por Corval et al., 2006).

1.5 Modelo ecológico de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner

Bronfenbrenner (1979) critica a psicologia do desenvolvimento na sua forma tradicional e chama a atenção para os contextos do comportamento e sua importância no desenvolvimento, propondo um modelo que privilegia as relações dinâmicas e recíprocas entre indivíduo e meio, como alternativa aos estudos laboratoriais centrados na criança, que na altura dominavam na psicologia do desenvolvimento (Bairrão, 1992).

De um modo geral, o modelo ecológico desenvolvido por Bronfenbrenner (1979) descreve a relação dinâmica entre o ser humano em desenvolvimento e o contexto ambiental, ou seja, o contexto influencia a pessoa em desenvolvimento tanto

quanto a pessoa influencia o contexto. Este modelo perspectiva o desenvolvimento da criança como o resultado das interações desta com os diferentes ecossistemas em que está inserida. Consequentemente, as expectativas acerca daquilo que a criança pode realizar, só podem ser definidas se for conhecido esse contexto.

Segundo Bronfenbrenner (1979), o indivíduo é um sujeito activo que participa no seu próprio desenvolvimento, reorganizando-se e reestruturando-se constantemente, em interacção com o meio num processo de influência mútua. O meio que se considera relevante para o processo de desenvolvimento do indivíduo, por sua vez, não se limita ao contexto imediato, mas engloba as interações entre contextos próximos e outros, mais distantes do indivíduo mas que vêm a ter influências sobre o primeiro. Bronfenbrenner (1986), adianta que a ecologia do desenvolvimento humano implica o estudo científico da acomodação progressiva e mutua entre um ser humano activo em crescimento e as propriedades em mudança dos cenários imediatos que envolvem a pessoa em desenvolvimento, na medida em que esse processo é afectado pelas relações entre cenários e os contextos mais vastos em que estes cenários estão inseridos.

Almeida (2000, 2009), refere que o modelo ecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner, trouxe um importante contributo ao conceptualizar e operacionalizar os diferentes contextos que vão influenciar o desenvolvimento da criança, num sistema de estruturas concêntricas. Estes diferentes sistemas correspondem aos contextos habituais da vida da criança e retratam as inter-relações que entre elas se estabelecem. Assim, o desenvolvimento da criança processa-se em vários contextos, através das interações que se estabelecem com diferentes parceiros. No entanto, não se pode esquecer que estas interações são influenciadas pelas trocas dinâmicas que se realizam entre os contextos em que a criança está inserida e os contextos mais alargados que, deste modo, através desta cadeia recíproca de interações, vão ter, por sua vez, efeitos ao nível do desenvolvimento da criança (Almeida, 2009).

Bronfenbrenner (1979), descreve a relação dinâmica entre o Ser Humano em desenvolvimento e as suas constantes interações com o contexto ambiental, como uma avenida com duas vias: O contexto influencia a pessoa em desenvolvimento tanto quanto a pessoa influencia os ambientes, desde a dimensão mais imediata até à mais distante. O conceito de meio de Bronfenbrenner estrutura-se em quatro níveis concêntricos que compõem o ambiente ecológico. Esses quatro níveis são: o microsistema que pode ser definido como o ambiente imediato da criança (Família,

Jardim de Infância), isto é, ambientes em que ela está imersa, que lhe são directamente acessíveis e onde estabelece relações interpessoais.

O mesossistema que corresponde ao conjunto de interacções entre os contextos em que a criança se encontra e que por sua vez podem ser condicionadas por factores mais distantes. Define-se pela relação entre dois ou mais cenários do microssistema onde a criança se insere, como por exemplo as relações entre os pais e os professores que vão naturalmente influenciar o desenvolvimento/comportamento da criança.

O exossistema que engloba contextos em que a criança não participa directamente, mas onde ocorrem situações que influenciam ou são influenciadas pelo contexto imediato em que a criança se encontra. Por ex. o trabalho dos pais, a comunidade social da família e os programas que implicam mudanças (sociais, educação, etc.) que por sua vez vão influenciar o microssistema.

O macrossistema que se refere à cultura em que os restantes se inserem, enquadrando valores, atitudes, procedimentos. Este integra os três sistemas anteriores e inclui não só aspectos legislativos e políticos, mas também as representações que os diferentes agentes da sociedade têm sobre a criança e o seu processo de desenvolvimento.

A dimensão temporal passa também a ser realçada, visto que a socialização ocorre em unidades de meio ambiente/comportamento, caracterizadas por padrões cíclicos que ocorrem num determinado tempo e espaço. Bronfenbrenner (1986), operacionaliza esta dimensão através do conceito de cronossistema. O cronossistema define-se pela incorporação no contexto de vida de uma dimensão temporal, entendido como o desenvolvimento no sentido histórico. Ou seja, é onde ocorrem as mudanças no decorrer dos tempos, devido às pressões sofridas pela pessoa em desenvolvimento (por ex.: a diferença na maneira dos pais criarem os seus filhos, na década de 40 e na década de 80, ou na actualidade). Este sistema é composto por elementos externos, por exemplo, o momento em que o pai morre; ou internos, nomeadamente as mudanças fisiológicas que ocorrem à medida que a criança cresce. Ao longo do crescimento, a criança vai reagindo de forma diferente às mudanças ambientais (Bronfenbrenner, 1986). Estes cenários do desenvolvimento humano mantêm entre si relações que podem afectar o sujeito em desenvolvimento, sendo extremamente importante conhecer o comportamento da criança quando ela se move de um cenário para o outro - transição ecológica. Para Bronfenbrenner (1986), quanto maior e mais variado for o número de contextos em que a criança participa, maiores serão as perspectivas de desenvolvimento,

sobretudo se a comunicação entre os diferentes contextos for bidireccional. As rupturas ou a ausência de ligação entre os diferentes contextos poderá afectar negativamente a criança em desenvolvimento.

Posteriormente, Bronfenbrenner (1999) propôs o modelo bioecológico, que salienta a importância das características da pessoa em desenvolvimento, afirmando que o desenvolvimento desta depende de diversas componentes e das interrelações existentes entre as mesmas. O autor salienta então, quatro componentes essenciais: o processo que engloba as interações que a criança estabelece com os elementos do contexto; a pessoa, que são características dos contextos que facilitam as interações; o contexto em si, que inclui todas as características contextuais que influenciam a criança em desenvolvimento; e o tempo, ou seja, a sequência temporal em que as interações se processam.

A abordagem ecológica e sistémica constituiu uma importante mudança na forma de perceber o papel da família na IP. A tónica, em termos operacionais, passou a estar no fortalecimento da família e no desenvolvimento das suas potencialidades, dando-lhe a possibilidade de se tornar cada vez mais interveniente no processo de desenvolvimento do seu filho, trabalhando simultaneamente a sua inserção na comunidade. Nesta concepção, o técnico deverá funcionar como um catalizador, incentivando e ajudando as famílias a implementar estratégias apropriadas para lidar, não só com as dificuldades do seu filho, mas com toda as alterações que a existência de uma criança com NEE acarreta. Pimentel (1997) relembra que este modelo dá um relevo especial ao desenvolvimento parental, que se deve orientar pelos princípios de normalização, individualização, flexibilidade e sensibilidade cultural. O princípio da normalização visa ajudar cada família a ter o estilo de vida que teria se não existisse no seu meio uma criança com deficiência. Já o princípio da individualização sustenta que os programas de intervenção devem ser ajustados às necessidades específicas de cada família. O princípio da flexibilidade permite mudanças ao nível do envolvimento parental, tendo em conta a própria evolução da família e da criança. Por último, o princípio da sensibilidade cultural reconhece a influência dos padrões culturais nas expectativas das famílias relativamente a si próprias, às crianças e aos serviços (Pimentel, 1999).

Correia e Serrano (1998) advertem que nesta perspectiva de IP, se deve englobar a prestação de serviços à família e à criança com base nos recursos formais e informais existentes na comunidade. Segundo este modelo, o objectivo primordial da IP

é apoiar a família no sentido de torná-la capaz de atingir os seus próprios objectivos e de co-responsabilizá-la na satisfação das suas necessidades. Os objectivos específicos deste modelo são promover o envolvimento da criança em interacções adequadas, favorecer a sua autonomia e a sua independência, e proporcionar o desenvolvimento das suas competências. Para alcançar estes objectivos, a ênfase é colocada no estabelecimento de uma relação de parceria entre pais e técnicos, assente na existência de processos de comunicação que se deve caracterizar pela honestidade, pelo respeito, pela confiança e pela confidencialidade (Pimentel, 1997).

A ideia de que a participação nas actividades quotidianas é um importante veículo para a aprendizagem da criança é também uma característica central das perspectivas do desenvolvimento em contexto (Bronfenbrenner, 1999; Dent-Read e Zukow-Goldring, 1997; cit. por Corval et al., 2006). De acordo com estas perspectivas, os contextos das actividades diárias oferecem experiências e oportunidades que promovem a aprendizagem e o desenvolvimento que, por seu turno, promovem o aumento da participação noutras actividades que irão moldar o curso do desenvolvimento posterior da criança (Farver, 1999; cit. por Corval et al., 2006).

O modelo ecológico como quadro conceptual de referência para a IP permite-nos compreender a interacção sujeito-mundo e o consequente processo desenvolvimental da criança, pelo que a intervenção apenas será eficaz se abranger uma adequação entre o meio eco-cultural e o contexto de cada família e de cada comunidade. (Portugal, 1992; Darling & Baxter, 1996).

Pela crescente aceitação dos modelos transaccionais, sistémicos e ecológicos verificou-se uma transformação nos programas de IP, quer na avaliação quer na intervenção propriamente dita. A importância dada aos resultados das relações entre o sujeito e deste com os seus contextos, permitiu repensar a IP. Os dois modelos abordados sublinham a importância quer do processo de avaliação quer do processo de intervenção não se basear apenas num único aspecto do sistema. Constatou-se, assim, que os programas de IP não podem ter êxito se as mudanças efectuadas forem exclusivamente centradas na criança, uma vez que é essencial exercer algumas mudanças no ambiente onde esta está inserida. Ainda que as características da criança, enquanto determinantes do seu desenvolvimento, sejam muito importantes, o contexto em que ocorre o seu desenvolvimento tem, sem dúvida, igual pertinência (Corval et al., 2006).

1.6 O Papel da família

Ao longo dos tempos, o papel atribuído aos pais foi-se alterando. Pereira (1998) sintetiza este aspecto em cinco pontos principais que achámos importante referir: deixaram de ser culpabilizados pelo problema da criança e passaram a ser considerados como um recurso, desempenhando um papel positivo; deixaram de ser vistos como desempenhando um papel secundário e passivo para passarem a desempenhar um papel determinante no processo educativo; o desenvolvimento e a educação deixaram de se centrar exclusivamente na díade mãe/criança, para se centrarem no contexto familiar alargado e este no contexto social em geral; a família deixou de ser vista pelos profissionais como entidade abstracta, passando a ser entendida como uma entidade concreta e individual, com as suas características específicas; as famílias deixaram de ser consideradas como “patológicas” ou “perturbadas”, passando a ser consideradas simplesmente como famílias que, como todas as outras, se confrontam com factores adicionais de “stress”.

Alguns autores, como Guralnick (2001) têm vindo a sublinhar a importância da IP no sentido de se prestar maior atenção ao ambiente familiar e à qualidade das interacções que ocorrem nesse contexto. Guralnick (2006) destaca particularmente o facto dos serviços de IP se centrarem demasiado no progresso da criança, nomeadamente nas áreas motora, cognitiva ou da linguagem e descuidarem a promoção da qualidade das relações que são estabelecidas no contexto familiar.

Buckley (1994) reforça as ideias de Guralnick (2006), chamando a atenção para o perigo da ênfase ser colocada apenas no ensino de competências, como acontece em muitos programas de IP. Para o autor, essa ênfase pode ter como consequência efeitos adversos na qualidade das relações familiares.

A teoria geral dos sistemas de vonBertalanffy (1968; cit. por Côloa, Breia & Almeida, 2004) oferece um quadro conceptual bastante útil ao focar-se na forma como as interacções entre diferentes níveis do sistema regulam o desenvolvimento individual. Um desses níveis de organização é a família. Um interesse crescente na relação entre as características estruturais da família, as práticas parentais e o desenvolvimento da criança, tem originado diferentes linhas de investigação. A conjectura mais extensiva acerca da estrutura familiar sistémica é proveniente da teoria dos sistemas familiares desenvolvida por Minuchin (1974).

De acordo com este modelo a família compreende três subsistemas, que emergem do ciclo de desenvolvimento familiar. O subsistema marital “*formado quando dois adultos de sexo oposto se juntam com o propósito de formar uma família*” (Minuchin, 1974: 56), corresponde às interações entre dois adultos. O subsistema parental, entendido como um segundo nível na formação da família, está presente a partir do nascimento do primeiro filho. Por último podemos identificar o subsistema fraterno relativo às relações entre irmãos e que se estabelece com o nascimento do segundo filho (Minuchin, 1974).

Da análise dos sistemas familiares descritos por Minuchin (1974), Sanders, Markie-Dadds & Turner (2004) salientam a natureza recíproca das influências, na medida em que todos os elementos da família têm um papel activo e contribuem para o processo de interacção, independentemente do género, idade ou posição na família. Em segundo lugar, o autor realça o contributo da dimensão familiar, uma vez que à medida que a família cresce, com o nascimento de outros filhos, aumenta a complexidade dos relacionamentos, ou seja, a influência recíproca dos diferentes relacionamentos dentro do sistema complexifica-se.

Bronfenbrenner, (1992) realça que esta abordagem reforça a perspectiva ecológica do desenvolvimento humano, uma vez que assume que o todo (a família) é maior do que a soma das suas partes (os membros da família) e que embora as relações diádicas dentro da família possam ser consideradas por si mesmas, esses subsistemas influenciam-se uns aos outros.

Diversos autores têm demonstrado a clara importância que o contexto familiar assume no processo de desenvolvimento da criança. Quando se fala das oportunidades para um bom desenvolvimento, os resultados que a criança atinge estão dependentes dos padrões de interacção familiar, da qualidade das interações entre os pais e a criança, das experiências que a família proporciona, bem como da satisfação de necessidades básicas como a alimentação, a saúde e a segurança (Guralnick, 1997).

Os pais são geralmente os primeiros prestadores de cuidados, os modelos comportamentais por excelência e os principais agentes de socialização (Coutinho, 2003). No entanto, alguns pais precisam de um apoio mais próximo no exercício da parentalidade, uma vez que os factores que colocam em risco o desenvolvimento da criança podem estar também a perturbar o funcionamento do sistema familiar (Dunst, 1985).

A chegada do bebé recém-nascido ao seio da família, marca o início do percurso de desenvolvimento e de aprendizagem da criança que terá como principais modelos aqueles que o rodeiam, na maior parte dos casos, os pais. O impacto negativo de uma determinada variável, em um ou mais membros da família, terá provavelmente consequências em todo o sistema familiar e afectará o funcionamento da família como um todo (Iarocci & Reebye, 2006). Por exemplo, o nascimento de uma nova criança na família é considerado um período em que os subsistemas familiares se tornam particularmente vulneráveis ao efeito de outras variáveis, uma vez que a inclusão de um novo elemento exige necessariamente renegociação por parte do casal e, tem por outro lado, um impacto na relação dos pais com os outros filhos (Carter & McGoldrick, 1999). Também, a qualidade das relações já existentes no microsistema familiar, vão influenciar e ser influenciadas pela nova relação pais-bebé (Turnbull, Smmer's & Brotherson, 1986).

Gopnik, Meltzoff e Kuhl (1999) defendem que um recém-nascido é uma *personalidade* em potencial, pois nasce provido de habilidade inata e capacidade de aprender através de interacções com o ambiente. Quando este novo elemento apresenta necessidades especiais, os desafios normativos enfrentados pela família neste período podem tornar o reajustamento mais complicado e difícil, dadas as exigências adicionais colocadas, normalmente, à principal prestadora de cuidados, a mãe. No entanto, no primeiro ano de vida é difícil notar-se a incapacidade na criança, havendo ainda a esperança por parte dos pais que tudo se venha a normalizar com o decorrer do tempo, o que faz com que muitas vezes se perca um tempo precioso em relação à IP. A atitude negativa perante a criança e a sua incapacidade leva muitas vezes à resignação, desespero e rejeição da mesma. Perante o desapontamento e desconhecimento das possibilidades pedagógicas para aquela criança e ao medo da opinião dos vizinhos, muitos pais privam o filho de estímulos.

A criança com NEE pode apresentar um grau de incapacidade tão elevado que não lhe permite ter uma vida autónoma e independente. Nestas situações o processo de aceitação da família é muito mais difícil e moroso. O nascimento de uma criança diferente pode ser sentido, pela família, como uma perda uma vez que os pais perdem o filho desejado, saudável e perfeito. *“Quando nasce uma criança deficiente, os pais “perdem” subitamente o filho desejado, são e escorreito, e ficam do mesmo modo repentino com um filho temido, receado, que lhes causa angústia. A perda simultânea da criança – “o filho sonhado”, tão querido, que a mãe há tanto tempo imaginava,*

esperava e a adaptação ao filho tão diferente podem ser superiores às suas forças. Não tem tempo para chorar a perda do filho desejado, é preciso afeiçoar-se e amar um filho novo para ela, deficiente” (Gurlifyhr 1985: 4)

Para Gurlifyhr (1985), podemos dividir o processo de aceitação da deficiência em três fases; a primeira fase surge após o diagnóstico da deficiência e caracteriza-se pelo estado de choque, angústia, desilusão, revolta, sentimentos de culpa, depressão, isolamento e insegurança. A família tem dificuldade em ajustar-se a esta nova situação, que provoca, em consequência, um aumento de stress nas relações familiares. A fase seguinte relaciona-se com a negação do diagnóstico. É caracterizado por uma fuga à realidade, pois só assim conseguem suportar a dor. Sentem-se nervosos, ressentidos e incrédulos, colocando a questão: “porquê nós?”. Não querem negar apenas a deficiência do seu filho, mas também todos os seus sentimentos negativos (ex: raiva, da qual têm grandes sentimentos de culpa) para com a criança. A terceira fase corresponde a um ajustamento à realidade. Os pais estão mais aptos para dirigir as suas energias para os seus problemas e como lidar com eles. Já aceitam melhor a criança e tentam trabalhar com os restantes membros da família.

Turnbull (1998, cit. por Pereira, 1998) identifica quatro importantes variáveis que destacam a forma como a incapacidade afecta a família. Assim destacam: As características da NEE da criança, que influenciam a reacção da família; As características da família o “background” cultural, o estatuto socioeconómico, a estrutura família - que podem influenciar de forma positiva ou negativa o modo como a família aceita a criança; As características individuais de cada membro da família e as suas necessidades que influenciam também a forma de aceitar esta criança; Situações especiais, como a pobreza e o abandono, as quais condicionam igualmente as reacções da família face à incapacidade da criança.

A estrutura familiar pode apresentar diferentes variações, o número de filhos, a idade dos pais, a presença dos avós, a dimensão da família alargada, constituem factores que podem influenciar as reacções da família face à incapacidade da criança. As exigências colocadas pelas incapacidades, também têm o seu impacto no seio da família. O “stress” das mães, a sua irritabilidade, agitação e falta de compreensão, resultam muitas vezes, do tipo de exigências colocadas pela criança. Um jovem com limitações físicas pode ter necessidade de ser alimentado, vestido, medicado, precisando ainda de cuidados de higiene que os jovens da sua idade resolvem por eles próprios.

Assegurar uma resposta sensível e adequada às necessidades da criança, implica muitas vezes menos tempo e/ou energia para dedicar aos restantes subsistemas. Contudo, a própria relação mãe-bebé pode estar em risco uma vez que as características únicas da criança, quer em termos médicos, motores, sociais, afectivos ou cognitivos podem levar a determinadas crenças e expectativas acerca do seu desenvolvimento e capacidades futuras (Cicchetti & Sroufe, 1978). A necessidade de procurar ajuda especializada de profissionais e serviços, recursos financeiros para conseguir dar uma melhor resposta a estas situações estão entre as dificuldades parentais mais bem documentadas na literatura como constituindo um desafio significativo para os pais de crianças com NEE (Guralnick, 2000; Minnes, 1998). Preocupações dos pais acerca das expectativas futuras e do sucesso da criança levam-nos muitas vezes a adoptar técnicas muito estruturadas e especializadas que podem constituir uma ameaça à sua autoconfiança, sentido de mestria e satisfação na prestação de cuidados (Guralnick, 2000). Mais ainda, os pais podem envolver-se demasiado no seu papel de professores da criança e, conseqüentemente, abdicarem de outros papéis igualmente importantes tais como companheiros de brincadeira, reguladores emocionais, “*prestadores*” de afectos e promotores de autonomia na criança (Iarocci & Reebye, 2006).

São muitos os autores bem como os trabalhos de investigação que têm evidenciado claramente que as oportunidades para um desenvolvimento equilibrado estão, fundamentalmente, dependentes do contexto familiar no qual a criança cresce (Baker, 1989; Guralnick, 1997; Mata, 2009). Guralnick (1997) afirma que os resultados que a criança alcança, em termos de desenvolvimento, dependem fortemente dos padrões de interacção familiares, em particular da qualidade das interacções entre os pais e a criança.

A família tem sido, tradicionalmente, assumida como o primeiro prestador de cuidados e responsável pela criação de modelos de comportamento. No entanto, e como sublinha Baker (1989), ninguém se encontra preparado para se tornar pai (e portanto educador) de uma criança com problemas de desenvolvimento. A identificação das NEE das crianças com “deficiência” ou em risco determinaram o aparecimento de diferentes estratégias de intervenção que, ao longo do tempo, têm vindo a reflectir a mudança e a evolução dos modelos teóricos no campo da psicologia do desenvolvimento e da psicologia educacional (Pimentel, 1999).

A psicologia do desenvolvimento vinca a importância da interacção criança-meio, para o desenvolvimento global da mesma. Segundo Pimentel (1997), os modelos

teóricos subjacentes às várias práticas de IP tiveram grande influência nas práticas de educação parental e nas medidas de intervenção. A perspectiva desenvolvimentista enfatiza os factores maturativos de ordem genética, sendo os factores ambientais considerados, de certa forma, secundários, embora facilitadores de uma progressiva aquisição de competências. Pressupõe-se que o desenvolvimento é conseguido, fundamentalmente, através da exploração e da experiência individual (Bairrão, 1992).

A perspectiva psicodinâmica valoriza o desenvolvimento emocional e social decorrente do progressivo domínio de impulsos inatos, cabendo aos adultos e ao ambiente envolvente proporcionar as condições necessárias para que a criança acesse, sem grandes crises, os vários estádios, até à aquisição completa da maturidade (Fernandes, 2008).

Segundo Pimentel (1999), a perspectiva behaviorista considera que todos os comportamentos são aprendidos e dá especial ênfase às interações da criança com o meio ambiente, considerado determinante para o seu desenvolvimento. Pressupõe, em certa medida, que todos os comportamentos são apreendidos. Este modelo de intervenção insere-se numa perspectiva ecológica de desenvolvimento e aprendizagem. Fundamentalmente, preconiza um aumento das competências e das capacidades como um reflexo da segurança da vinculação mãe-bebé. Ao abandonar a crença do poder preditivo do determinismo biológico, a perspectiva transaccional alerta para a necessidade de conceptualizar o desenvolvimento infantil de um modo mais complexo, indissociável dos contextos e do produto da contínua interação entre estes e a criança (Pimentel, 1997).

Ao longo da intervenção, deve ser dada atenção ao aumento de aquisição, por parte das famílias, de uma grande variedade de competências que lhes permita tornarem-se cada vez mais capazes de satisfazer as suas necessidades, através da mobilização dos seus recursos. Neste sentido, aumentar a aquisição de competências significa providenciar às famílias as necessárias informações e aptidões de forma a que cada família se torne auto-suficiente e, conseqüentemente, mais capaz de promover o seu bem-estar, bem como ser capaz de contagiar de forma positiva outras áreas de funcionamento do seu sistema familiar (Dunst, Trivette, & Deal, 1994).

Flores (1999), refere que o objectivo da intervenção centrada na família consiste em identificar as suas necessidades, os recursos e suportes formais e informais que podem satisfazer essas necessidades e ajudar as famílias a utilizar as suas capacidades, bem como a aprender novos “*skills*” que lhes permitam mobilizar os

recursos necessários. A mesma autora, citando Dunst e Trivette (1987) e Shelton et al. (1987), esclarece ainda que os dois termos, capacitar (*enabling*) e dar mais poder (*empower*), largamente utilizados em IP, deixam transparecer o espírito de serviço centrado na família, tarefa complexa que não pretende substituir ou suplantar o papel das famílias mas antes apoiá-las enquanto prestadores de cuidados. De acordo com estes autores, a intervenção centrada na família torna-a mais competente, com maior capacidade de reunir recursos intra e extra-familiares, tendo assim uma influência na criança, nos pais e no funcionamento familiar.

Demos aqui ênfase às várias dinâmicas familiares e à importância da família para melhor se perceber que a família está no centro da vida das crianças, assumindo assim uma importância extrema na vida da criança, pois é o sistema ecológico imediato. Assim, a importância do envolvimento dos pais ou outros principais prestadores de cuidados no processo de intervenção com a criança, tem sido bastante defendida nos últimos anos. Estes conceitos, centrais na filosofia actual de IP têm subjacente um modelo de intervenção centrado na família (Cruz, Fontes, & Carvalho, 2003).

CAPÍTULO 2- Intervenção Precoce em Portugal

2.1 Historial

Desde os primórdios que as pessoas com NEE eram socialmente segregadas. Segundo Bairrão (1999) mitos, receios e superstições estiveram na base desta segregação. O pensamento mágico religioso encarava estas pessoas como perigosas para a sociedade, pois estariam possuídas por espíritos malignos, que era necessário eliminar.

Em meados do século XVIII, o infanticídio começa a ser penalizado pelos tribunais e a igreja católica assume-se como instituição de protecção à pessoa com deficiência, embora o faça de forma meramente assistencial. É também nesta altura que surgem os hospícios para deficientes (Bairrão, 1999).

Com a expansão das ideias humanistas, a pessoa com deficiência passa a ser protegida pela sociedade e conquista o estatuto de cidadão de pleno direito, consignado pela lei. Esta mudança de pensamento foi um marco importante na organização da Educação Especial, pois surgem as primeiras escolas residenciais de cegos, surdos e débeis mentais ligadas à igreja e sustentadas por fundos comunitários (Bairrão, 1999).

A 2.^a Guerra Mundial, a Declaração dos Direitos da Criança (1921) e a Declaração dos Direitos Humanos (1948), foram contributos fundamentais para que o processo de integração da pessoa com deficiência ocorresse em escolas regulares. No final dos anos 60, o sistema tradicional de educação especial é fortemente questionado por movimentos sociais e educacionais que se viriam a traduzir em termos legislativos. Outros movimentos de integração, liderados por profissionais de educação, nomeadamente de educação especial e de pais de crianças com NEE contribuíram para uma nova filosofia de educação especial.

Esta progressiva tomada de consciência e os fortes movimentos de pressão que se geraram, deram origem ao Warnock Report; um relatório britânico datado de 1978 que propõe a abolição das categorias de deficiência, substituindo-as pelo conceito de NEE. A aprovação da *Public Law 94-142* “The Education for All Handicapped Children Act”, em 1975, pelo Congresso dos Estados Unidos da América, vai obrigar à melhoria substancial dos serviços de educação especial, promovendo a igualdade de oportunidades educacionais para todas as crianças com NEE.

Em 1994, a Conferência Mundial de Salamanca redefine o conceito de NEE, estabelecendo-se o conceito actual de Escola Inclusiva (Correia, 1999). Esta conferência que foi realizada conjuntamente pela UNESCO e pelo governo espanhol contou com a presença de 92 governos e 25 organizações não governamentais.

De forma a enquadrar os primeiros passos da IP em Portugal vamos recorrer à análise da evolução do atendimento a crianças com NEE no nosso país. Destacamos a utilidade, para o desenvolvimento e para a implementação das práticas de IP, dos testemunhos dos técnicos dos estabelecimentos de educação especial, no âmbito da Direcção Geral da Assistência (DGA). Estes técnicos destacaram os benefícios da IP, na medida em que permitem evitar problemas futuros e prevenir o agravamento das implicações que as deficiências têm para as crianças e suas famílias.

Segundo Almeida (2000), nos finais dos anos 60, surge assim, no Instituto de Assistência a Menores (IAM) integrado na DGA, o serviço de orientação domiciliária, com o objectivo de apoiar as crianças com deficiência visual e suas famílias. Este apoio processava-se através dos dispensários materno-infantis, visando grávidas e crianças até aos 2 anos de idade, prolongando-se em caso de NEE até aos 6/7 anos. Apesar de todas as limitações que esta estrutura apresentava, o trabalho desenvolvido foi muito positivo e os professores que recebiam estas crianças nas escolas primárias, testemunhavam a diferença entre as que eram apoiadas por este serviço e as que chegavam ao ensino básico sem qualquer tipo de apoio.

No início dos anos 70, estes serviços passaram a ser entendidos como uma valência dos serviços de saúde, sendo desenvolvidos nos centros de saúde. Contudo, esta decisão veio a mostrar-se pouco acertada, na medida em que os centros de saúde não estavam vocacionados para este tipo de atendimento. Com a extinção do serviço de orientação domiciliária, houve muitas crianças e famílias que ficaram sem apoio. Em meados dos anos 70, a IP renasce no âmbito do Centro de Educação Especial de Lisboa, para o Distrito de Lisboa e Faro, com a designação de orientação domiciliária, mantendo algumas características do anterior serviço.

Nos anos 80, passaram a existir núcleos de apoio, alguns designados “Orientação Domiciliária” outros “Apoio Técnico Precoce,” apontando-se já para a nomenclatura actual de IP. Não podemos ignorar algumas experiências e projectos que surgiram nesta altura, apesar da inexistência de enquadramento legal. É de referir que a IP passou a fazer parte das atribuições da então Direcção de Serviços de Orientação e

Intervenção Psicológica, que foram depois transferidas para o (CEACF) Centro de Estudo e de Apoio à Criança e à Família (Almeida, 2000).

Em 1989, o Projecto Integrado de IP do Distrito de Coimbra (PIIP) inicia a sua actividade, constituindo uma experiência totalmente inovadora. A partir desta experiência, criou um modelo de colaboração entre diferentes serviços públicos (educação, saúde e segurança social) e privados (instituições privadas de solidariedade social), que foi subsequentemente implantado de diferentes formas e em diferentes locais do país, contribuindo eventualmente para o modelo conceptual, mais tarde defendido pela legislação portuguesa. O envolvimento da família, do trabalho de equipa e do plano individual de intervenção são os eixos desta nova IP (Carvalho, 2008).

Noutras zonas do país projectos idênticos iam surgindo e sentiu-se cada vez mais a necessidade de se pensar este tipo de intervenção em termos de parceria e, em 1994, foi criado um grupo de trabalho interdepartamental com os seguintes objectivos: estudar a realidade nacional sobre esta matéria propondo linhas orientadoras de acção que consolidassem algumas experiências e orientassem a criação e o desenvolvimento de outras; estudar e propor os níveis de intervenção de todos os implicados na IP (incluindo a família), bem como as formas de colaboração e cooperação; estudar as áreas que deveriam constituir a formação específica dos profissionais responsáveis pelo desempenho deste tipo de acção. Entretanto, surge o programa Ser Criança, responsável pela implementação actual de alguns projectos de IP, ao qual diversos serviços concorreram e que em situação de parceria (saúde, educação, segurança social) o implementaram.

A IP assume no panorama nacional uma expressão significativamente heterogénea. Na região Norte e Centro ganha uma importância reconhecida pelo facto de ser nestas regiões que se encontravam o maior número das equipas de Coordenação dos Apoios Educativos (Ministério da Educação, 2002).

2.2 Enquadramento Legislativo

Vários autores (Almeida, 2000; Bairrão, 1999; Bairrão & Almeida, 2002; Costa, 2004; Felgueiras, 1999; Pimental, 1999; Serrano & Correia, 1998; Veiga, 1995) têm vindo a realçar que a ausência de uma legislação específica foi a principal responsável pela grande diversidade de práticas no atendimento precoce.

Para as crianças em idade pré-escolar a IP era regulamentada sobretudo pelo Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de Agosto. Este diploma aplicava-se aos alunos com NEE que frequentavam os estabelecimentos de ensino públicos desde o nível básico ao secundário. Embora fosse referido que as medidas constantes no diploma se aplicavam a alunos com NEE, este conceito não aparece definido, fazendo-se apenas uma ligeira alusão, no preâmbulo, a alunos com deficiências ou dificuldades de aprendizagem.

Com o surgimento da Portaria n.º 611/93, de 29 de Junho é regulamentada a integração de crianças com NEE nos estabelecimentos de ensino regular, passando, então, a criança em idade pré-escolar a ter uma resposta mais organizada. Contudo, para além da falta de recursos humanos especializados, da falta de recursos materiais, dos problemas de colaboração multidisciplinar, mantinha-se uma grande lacuna no que se referia a crianças com idade inferior a três anos.

De facto, só em 1999, seria publicado o primeiro documento legislativo (Despacho Conjunto n.º 891/99) com o intuito de definir as linhas orientadoras da IP em Portugal. Em consequência, as práticas de intervenção passam a ser focalizadas na família, existindo uma colaboração entre a família e os técnicos, na definição das dificuldades e obstáculos que esta sente (Simeonson & Bailey, 1990). Posteriormente, surgem programas de IP para crianças com NEE e em risco, que conhecem uma rápida expansão, reconhecendo-se que estas crianças devem ter iguais oportunidades para desenvolver ao máximo as suas potencialidades. (Pimentel, 1999).

No entanto, encontramos ainda hoje uma grande variabilidade nos modelos e nas práticas a nível da prestação de serviços em IP. Estas diferenças têm a ver, principalmente, com o tipo de crianças abrangidos pelos programas, dependendo da forma como são identificadas e sinalizadas, do tipo de serviços que essas crianças recebem, incluindo aqui os cenários em que eles ocorrem, da estrutura e organização do sistema de prestação de serviços, da existência, ou não, de uma rede de serviços, dos recursos da comunidade e da formação daqueles que prestam os serviços (Almeida, 2010).

2.2.1 Despacho Conjunto n.º 891/1999

Em final de 1999, o Despacho Conjunto n.º 891/99, de 19 de Outubro, veio estabelecer claramente as principais linhas orientadoras da prática da IP. Foram aprovadas as orientações reguladoras do apoio integrado à criança com deficiência ou em risco grave de desenvolvimento e à sua família, no âmbito da IP. Foi também criado um grupo de trabalho constituído por elementos que integravam o Departamento de Educação Básica e as Direcções - Gerais de Saúde e da Acção Social, que apresentaram um relatório e um projecto normativo com as linhas orientadoras desta área de intervenção e os respectivos níveis de articulação entre os serviços e entidades envolvidas.

Da conceptualização desta área de intervenção e das propostas apresentadas pelo grupo de trabalho, resultou uma actuação que veio a exigir: um maior envolvimento da família em todo o processo de intervenção; o estabelecimento de relações de confiança entre os profissionais e a família; a criação de novas dinâmicas de trabalho em equipa e a racionalização de recursos já existentes no âmbito de uma coordenação eficaz aos diversos níveis de actuação.

Esta legislação defende que todas as crianças com incapacidades devem ter um (PIAF) plano individualizado de apoio à família. O PIAF, é um documento elaborado em conjunto pelos técnicos e pelas famílias e inclui toda a informação relativa à criança (níveis actuais de desenvolvimento, características individuais, etc.) e à família (identificação das necessidades, recursos, prioridades e preocupações), de forma a estabelecer objectivos e definir estratégias, identificar profissionais e serviços intervenientes, esclarecendo acerca do papel de cada um, num processo que deve ser protagonizado pela família. Deverá contemplar os seguintes pontos: 1) A definição dos níveis actuais de desenvolvimento da criança – físico, cognitivo, de linguagem, psicossocial e de autonomia com base em critérios e objectivos; 2) A definição das necessidades e dos recursos da família, nomeadamente nos aspectos que têm maior influência no desenvolvimento da criança; 3) A definição das principais metas ou resultados que se espera vir atingir em relação à criança e à família, para ir ao encontro das necessidades específicas; 4) A definição de serviços (ou acções) de IP necessárias para ir ao encontro das necessidades específicas da criança e família, incluindo a frequência, intensidade e metodologias de prestações de serviços; 5) As datas previstas para o início das acções e a previsão da sua duração; 6) O nome do “técnico

responsável”, que deverá ser da área profissional mais relevante para responder eficazmente às necessidades da criança e família e que terá responsabilidade de implementar o plano de intervenção e coordenar os outros serviços e técnicos intervenientes; 7) O momento previsto e o processo a desenvolver para uma transmissão futura da criança para outros programas de atendimento (Pimentel, 1999).

Conforme o Despacho Conjunto n.º 891/99, têm vindo a desenvolver-se acções específicas, através de programas de apoio a crianças com NEE e suas famílias, no âmbito da educação, da saúde e da acção social, em cooperação com as instituições de solidariedade social e cooperativas de solidariedade social. O ponto 4 deste Despacho refere que a IP é uma forma de estimular o mais cedo possível a criança com atraso no seu desenvolvimento através de actividades diversificadas que lhes são dirigidas e que servem de orientação aos pais. Uma actuação de natureza comunitária, desinstitucionalizada e assente em programas individualizados, desenvolvidos no domicílio, em ama, creche ou jardim-de-infância.

Este Despacho visava, não só a regulamentação mas também a uniformização das práticas de intervenção, tendo contribuído significativamente para o aumento de projectos/serviços de IP. A experiência desenvolvida e a investigação realizada neste domínio determinam mudanças conceptuais com reflexos a nível dos objectivos e das práticas deste tipo de intervenção. Assim de uma actuação centrada quase exclusivamente na criança e nos seus problemas, evoluiu-se para uma intervenção em que o enfoque é mais abrangente, envolvendo a criança e o seu contexto familiar. A família passa a ser considerada uma unidade funcional da comunidade, reconhecendo-se a necessidade de definir conceptualmente a natureza e os objectivos da IP com base na estrutura funcional da família, de modo a delinear um modelo organizativo integrado e de partilhas de responsabilidades intersectoriais.

O Despacho Conjunto 891/99 elege os vários objectivos já estabelecidos para a IP e define a questão dos seus destinatários, legislando que a IP deverá apoiar crianças até aos seis anos de idade, especialmente dos zero aos três anos, que apresentam deficiência ou risco de atraso grave de desenvolvimento. No entanto, apesar de a legislação conter linhas de orientação precisas no que diz respeito à idade das crianças elegíveis, os critérios de elegibilidade, assim como à prestação de serviços multidisciplinares com envolvimento da família, traduz uma cobertura irregular das situações, que ficam dependentes do parecer dos técnicos intervenientes. Por sua vez, no que diz respeito à sinalização das situações para os programas de IP, parece existir, e

esta é uma opinião bastante consensual, uma clara insuficiência a nível da detecção e encaminhamento precoce das situações (Bairrão & Almeida, 2002).

2.2.2 Decreto-Lei n.º 281/2009

A experiência de implementação de um sistema criado ao abrigo do despacho conjunto n.º 891/99 revelou a importância de um novo modelo de intervenção, dado se ter constatado que o modelo adoptado punha em causa as actuais recomendações para uma IP de qualidade. Assim, na sequência dos princípios vertidos na Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e no âmbito do Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade (2006-2009) e da criação de um Sistema Nacional de IP na Infância (SNIPI), surge o Decreto-Lei nº 281/2009. Este define que *“Ao Ministério da Educação compete: organizar uma rede de agrupamentos de escolas de referência para a IPI que integre docentes dessa área de intervenção(...) assegurar a articulação com os serviços de saúde e segurança social.”* (Decreto-Lei 281/2009).

Este decreto tem como objectivo, assegurar equipas locais de intervenção multidisciplinares - ELI, que deverão dar resposta às necessidades das famílias em articulação com todos os serviços envolvidos. Em conformidade, estas equipas devem orientar as famílias que o subscrevam e estabelecer um diagnóstico adequado, que deve ter em conta não apenas os problemas, mas também o potencial de desenvolvimento da criança, a par das alterações a introduzir no meio ambiente para que tal potencial se possa afirmar, recorrendo-se, para o efeito, à utilização da CIF, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens, da Organização Mundial de Saúde (ICF-CY 2007), versão derivada da Classificação Internacional de Funcionalidade de Incapacidade e Saúde (ICF-2001).

O plano individual de IP (PIIP) assenta nos mesmos princípios do PIAF. O PIIP deve articular-se com o plano educativo individual (PEI), aquando da transição de crianças para a frequência de jardins-de-infância ou escolas básicas do 1.º Ciclo. No processo individual de cada criança devem constar, para além do PIIP, os relatórios inerentes, as medidas aplicadas, a informação pertinente, a declaração de aceitação das famílias e a intervenção das instituições privadas.

Em relação aos objectivos, estes são similares aos definidos no anterior despacho, sendo de acrescentar um maior envolvimento da comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social. O SNIPI funciona por articulação das estruturas representativas dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, em colaboração directa com as famílias, e é coordenado pela Comissão de Coordenação do SNIPI. As ELI desenvolvem a sua actividade ao nível municipal e encontram-se sediadas nos centros de saúde, em instalações atribuídas pela comissão de coordenação regional de educação respectiva ou em IPSS convencionadas para o efeito (Decreto-Lei n.º 281/2009).

Esta nova legislação, estabelece que todas as IPSS ou entidades equiparadas, com acordos de cooperação, deverão preparar um PIIP, para cada criança e família abrangidas, de modo a realizar a respectiva adequação ao novo modelo de cooperação. Os encargos com o funcionamento das respostas nos vários níveis do SNIPI fazem parte integrante dos orçamentos das estruturas e dos ministérios envolvidos.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 281/09, são elegíveis para apoio as crianças entre os 0 e os 6 anos e respectivas famílias, não havendo aqui qualquer realce ao período dos 0 aos três como prioridade como apontava o anterior Despacho, sendo contudo condição que apresentem problemáticas de dois grupos distintos: 1) Alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas actividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, para a respectiva idade e contexto social; 2) Risco grave de atraso de desenvolvimento pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança. Em relação ao segundo grupo é necessário que se verifiquem quatro ou mais factores de risco biológico e/ou ambiental. Como factores de risco ambiental, são considerados: mães adolescentes com menos de 18 anos; situações de abuso de álcool ou outras substâncias aditivas; maus-tratos activos (maus-tratos físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança (saúde alimentação, higiene e educação); doença do foro psiquiátrico; doença física incapacitante ou limitativa.

Este novo documento vem ainda realçar outro aspecto que são os factores contextuais: Estes contemplam: o isolamento (ao nível geográfico e dificuldade no acesso a recursos formais e informais; discriminação sociocultural e étnica, racial ou sexual; discriminação religiosa; conflitualidade na relação com a criança) e/ou pobreza

(recurso a bancos alimentares e/ou centros de apoio social; desempregados; famílias beneficiárias de RSI ou de apoios da acção social); desorganização familiar (conflitualidade familiar frequente; negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene); preocupações acentuadas exprimidas por um dos pais, pessoa que presta cuidados à criança ou profissional de saúde, relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou à interacção entre os progenitores e a criança.

2.3 O contributo da CIF e do Decreto-Lei n.º 3/2008

Achamos importante, fazer uma breve referência ao contributo importante que a “CIF – *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*” (OMS, 2003) teve para uma mudança de paradigma da avaliação das NEE. A utilização da CIF, como quadro de referência para a avaliação de NEE, pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação direccionados para a avaliação funcional dos alunos, com especial enfoque na participação nas actividades e nos factores ambientais. Este instrumento permite ainda organizar essa informação de maneira integrada e facilmente acessível. A CIF refere-se à funcionalidade e à incapacidade associadas aos estados de saúde e aos factores ambientais que podem funcionar como facilitadores ou barreiras à participação. Aprovada pela OMS em Maio de 2001, sendo a versão portuguesa de 2003, integra a “família” das classificações internacionais da OMS, sendo a CIF – CJ: dirigida a 4 grupos etários (crianças 0 aos 2 anos, crianças dos 3 aos 6 anos, crianças dos 7 aos 12 anos e jovens dos 13 aos 18 anos).

Este novo instrumento propõe um quadro conceptual baseado nas interacções entre a pessoa e o seu meio envolvente, ou seja, entre as condições de saúde (doença, perturbação e lesão) e os factores contextuais (ambientais ou pessoais), reconhecendo o papel importante que o meio envolvente tem na manifestação da incapacidade. Neste sentido, descreve as funções e as estruturas do corpo, as actividades (execução da acção pelo indivíduo), a participação (envolvimento do indivíduo na situação real), assim como os factores ambientais. O objectivo da CIF é proporcionar um quadro de referência e uma linguagem comuns para a descrição da saúde e das condições relacionadas com a saúde, focando, portanto, a saúde e a funcionalidade e não a incapacidade. Enquadra-se, assim, num modelo *biopsicosocial*, que integra o modelo médico (incapacidade considerada como um estado da pessoa) e o social (incapacidade

considerada como um problema de natureza social), proporcionando uma visão coerente de diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social (WHO, 2005).

Foram, ainda, criados códigos ou qualificadores ambientais, que permitem identificar factores que constituem facilitadores ou barreiras ao funcionamento e à participação (Lollar e Simeonsson, 2005). São os qualificadores, que permitem registar a presença e o grau de gravidade de um problema da funcionalidade ao nível do corpo, da pessoa e da sociedade, que tornam a CIF um sistema de qualificação (WHO, 2005). No que se refere aos domínios da actividade e da participação, existem, ainda, dois qualificadores importantes: o de desempenho (inclui o que o indivíduo ou a criança faz actualmente no seu meio envolvente) e o da capacidade (descreve a competência do indivíduo ou da criança na execução de uma acção ou tarefa).

Como referem Simeonsson et al. (2003), uma combinação entre a CIF e a CID-10 (10.^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças, que adoptou a denominação Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), pode, no futuro, vir a constituir uma referência importante para a elegibilidade nos serviços de IP. Isto, porque estes dois sistemas de classificação podem proporcionar informações complementares no que diz respeito, quer às etiologias e condições de saúde subjacentes, quer às manifestações de incapacidade e às limitações funcionais. Outra mais-valia, decorrente da utilização da CIF, é o facto de permitir uma uniformização da linguagem, no que se refere aos conceitos e terminologias utilizados quando se pretende referenciar ou descrever a incapacidade, com grandes vantagens a todos os níveis, nomeadamente na descrição das crianças que devem beneficiar dos serviços de IP, na definição de critérios de elegibilidade e nas estimativas a nível da incidência e da prevalência.

Em 2008, a publicação do Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 Janeiro, altera o enquadramento legal da educação especial. Este Decreto tem como grupo-alvo todos os alunos que apresentam limitações significativas ao nível da actividade e da participação num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais de carácter permanente, definindo, no capítulo IV, um conjunto de medidas educativas de âmbito curricular, que visam a adequação do processo educativo às necessidades destes alunos. Para os alunos com perturbações do espectro do autismo, com multideficiência, problemas de visão ou de audição existe ainda a possibilidade de beneficiarem de adequações de carácter organizativo, traduzidas, no capítulo V, em modalidades específicas de educação.

Esta legislação alarga o seu âmbito de aplicação ao ensino pré-escolar e ao ensino particular e cooperativo e introduz a definição de população-alvo da educação especial bem como dos objectivos desta última, circunscrevendo essa população às crianças e jovens que apresentam NEE decorrentes de alterações funcionais e estruturais de carácter permanente que se traduzem em dificuldades continuadas em diferentes domínios, necessitando, por isso, da mobilização de serviços especializados para a promoção do seu potencial de funcionamento biopsicossocial.

Idealmente, estas situações deveriam ser avaliadas o mais precocemente possível, mesmo antes da entrada na educação pré-escolar ou no ensino básico. Nos casos em que tal não aconteça, a avaliação compete ao departamento de educação especial e aos serviços técnico-pedagógicos dos agrupamentos escolares que poderão solicitar os contributos de outros profissionais que exercem a sua intervenção na escola ou noutros serviços da comunidade, designadamente nos centros de recursos para a inclusão.

No âmbito da IP, são criados agrupamentos de escolas de referência para a colocação de docentes especializados e estreita-se a cooperação entre os serviços de educação, os serviços de saúde e a segurança social. Sendo no entanto, de destacar algumas incongruências entre o Decreto-Lei n.º 3/2008 e o Decreto-Lei n.º 281/2009, no que concerne às questões da elegibilidade. Sendo que o primeiro tem o seu maior realce nas NEE de carácter permanente, decorrentes de alterações funcionais e estruturais e não prevê situações de risco ambiental. Os factores ambientais aqui são tidos em conta para a qualificação, que permite identificar factores que constituem facilitadores ou barreiras ao funcionamento e à participação. Este facto, ao nível da educação continua a traduzir-se como uma contradição. Por um lado as directrizes às educadoras do Ministério da Educação são apoiar apenas crianças com NEE de carácter permanente, por outro lado e seguindo as recomendações do Decreto-Lei n.º 281/2009, este prevê todas as situações de risco ambiental e contextual.

Em suma, em termos de legislação houve avanços, contando que se consiga implementar uma IPI de qualidade em que não fiquem a descoberto casos de situações graves por continuarem a existir estes desacordos entre os três Ministérios envolvidos.

CAPÍTULO 3 - Avaliação de Programas em Intervenção Precoce

Os programas de IP que têm sido implementados procuram acompanhar a evolução que se tem feito sentir nesta área, sendo ampliados a partir de diferentes iniciativas ao nível da saúde, educação e serviço social, distinguindo-se na filosofia que os orienta e nas práticas (Dunst, 1996).

A avaliação de programas de IP realizada por Bainter e Marvin (2006) identificou o acesso à informação por parte das famílias como um elemento crucial. Segundo os autores, as famílias precisam de informação, feedback e suporte enquanto participam nas interacções de IP com os seus filhos.

É importante que as práticas que os profissionais desenvolvem junto das famílias sejam integradas no quotidiano das mesmas. Assim, os profissionais devem procurar ser dinâmicos, flexíveis e intencionais na sua acção de apoio durante as visitas, para que a mudança comportamental se estenda para além dos momentos de intervenção directa. Deste modo, percebe-se o crescente envolvimento da família nas estratégias e práticas de actuação. Também o grau de estruturação dos programas parece ter um papel importante, pois os programas com procedimentos de análise de tarefas e planeamento rigoroso das actividades a desenvolver em cada sessão mostram-se mais eficazes (Bailey, 1997; Bruder, 1997; Guralnick, 1997; Pimentel, 2004).

Numa avaliação de programas de IP aplicados em casa, Bronfenbrenner (1986) verificou que o envolvimento directo dos pais tinha influência, não só ao nível das atitudes destes para com os seus filhos, mas também na eficácia e manutenção dos resultados. Este autor realçou a importância de se trabalhar, no âmbito da IP, o sistema pais/criança.

Numa perspectiva ecológica da sociedade e do desenvolvimento da criança, os contextos de intervenção não se podem limitar aos técnicos e às famílias, tendo de ser alargados de modo a incluir o espaço escolar (creches, jardins-de-infância e amas). Os resultados de Blok, Newman e Rips (2005), vão neste sentido ao demonstrar que os programas domiciliários eram menos eficazes do que os programas que combinavam a intervenção em casa com a formação em centros específicos. Contudo a inclusão de actividades de suporte ao desenvolvimento de competências parentais teve um efeito particularmente forte nos resultados deste estudo.

Pimentel (1999) analisa os estudos existentes sobre a eficácia dos programas de intervenção e conclui que, em Portugal, a ausência de legislação relativamente a esta matéria é uma das principais lacunas, não havendo uniformização na forma como os programas são operacionalizados. Salienta ainda, não existir uma adequada e contínua partilha de informação entre os técnicos e pais durante o processo de avaliação/intervenção. A própria avaliação da criança não obedecia às recomendações internacionais, pois era essencialmente realizada numa perspectiva diagnóstica e não funcional, num único contexto e de forma pontual. A utilização de instrumentos de referência a normas ou a critérios não era sistemática e o planeamento da intervenção não era realizado de uma forma formal.

Num estudo mais recente efectuado no Serviço Técnico de IP de Sesimbra sobre a importância da avaliação de programas para a promoção da qualidade da prestação de serviços em IP: o estudo avaliativo do projecto “O processo de construção de boas práticas”, Pimentel (2009) salienta como aspectos positivos, o funcionamento transdisciplinar da equipa, baseado nos modelos ecológico e transaccional e práticas de apoio baseadas numa filosofia de fortalecimento e capacitação das competências e integradas nos contextos e rotinas de vida da criança e da família. Salienta ainda, alguns aspectos como práticas de menor qualidade, nomeadamente nos procedimentos de avaliação da criança, na organização da informação constante nos processos e na utilização do PIAF e participação efectiva de todas as famílias na sua elaboração. Os resultados partilhados promoveram reflexão e mudança na equipa do STIP num processo de construção de boas práticas. Os dados obtidos nas entrevistas e questionários das famílias comprovaram satisfação e adequação do modelo do STIP às suas realidades de vida. Os dados obtidos junto da comunidade mostraram o papel central do STIP na IPI em Sesimbra.

O facto de todo o estudo avaliativo ter sido desenvolvido apenas no STIP, impedindo assim qualquer generalização dos resultados obtidos, tornou possível recolher dados mais aprofundados e pormenorizados sobre a forma como são prestados os serviços de IP, perceber em que medida as famílias e os profissionais da equipa e da comunidade estavam satisfeitos com os serviços prestados e conhecer os aspectos em que propunham mudanças. Foi possível, através da metodologia utilizada, obter dados quantitativos e, sobretudo, qualitativos que permitem conhecer as práticas efectivamente implementadas, o que motiva a satisfação das famílias e dos profissionais e os aspectos em que estes reconhecem a necessidade de mudança nas suas práticas. Conclui-se,

assim, que este estudo avaliativo permitiu perceber o que as famílias e os profissionais de uma comunidade portuguesa consideram ser “boas práticas” em IP. Estas conclusões, não sendo generalizáveis, são ponto de partida para reflexão de todos os profissionais de IP em Portugal.

Os estudos até agora desenvolvidos no âmbito da IP têm demonstrado a importância do envolvimento da família nos programas de intervenção, para o desenvolvimento da criança. É de salientar que estes estudos apontam para uma maior eficácia dos programas de intervenção em idades mais precoces, sendo que os ganhos são maiores quando a intervenção se inicia logo após o nascimento ou pouco tempo após o diagnóstico de deficiência ou de alto risco. Também é consensual a ideia de que o planeamento criterioso das actividades e o reconhecimento da importância do cumprimento das recomendações internacionais constitui uma forma rápida e eficaz de melhorar a qualidade dos programas. O estabelecimento de uma comunicação profícua e continuada entre a família e os serviços parece ser essencial para a manutenção, ao longo do tempo, das aquisições. Por último, os programas devem ter uma preocupação inclusiva, na medida em que as famílias não estão isoladas, elas estão inseridas em comunidades que, por vezes, precisam também elas de apoio no sentido de serem capazes de integrar e apoiar as suas famílias. Nesta missão as comunidades devem poder contar com o esforço conjugado de várias instituições: segurança social, saúde, educação, etc.

Pimentel (1999), sugere que seria importante realizar mais investigação sobre as práticas de IP em Portugal, especialmente sobre o grau de satisfação das famílias relativamente aos serviços que lhe são prestados.

3.1 Satisfação das famílias

Dunst, Trivette & Deal (1994) reconhecem a importância de satisfazer as necessidades das famílias de crianças com NEE, na medida em que as necessidades individuais e familiares são forças que guiam o comportamento. A intervenção centrada na família considera que quando a família consegue satisfazer as necessidades dos seus membros, sente-se mais capaz de arranjar tempo, energia e recursos para enfrentar os problemas/dificuldades, promovendo a aquisição de competências.

Nesta linha de pensamento intervir isoladamente com a criança não tem qualquer sentido, porque contraria as leis naturais do seu desenvolvimento. Com base numa relação de colaboração com a família pretende-se evitar que os factores de risco ou as condicionantes inerentes às incapacidades, originem ou agravem os atrasos de desenvolvimento. Esta premissa relaciona-se com a ideia de que a família e a criança devem ser apoiadas nos contextos naturais, apelando sempre ao reconhecimento das suas capacidades, forças, necessidades, preocupações e recursos (Dunst, 2000).

Num estudo prospectivo Bailey e Wolery (2002) identificaram as áreas prioritárias de investigação em IP, para a próxima década. Segundo estes autores são necessários mais estudos sobre os instrumentos de avaliação dos resultados na família, já que eles consideram os instrumentos existentes, de um modo geral, algo intrusivos, pouco eficazes e tecnicamente pouco adequados. Os estudos sobre a avaliação abrangente dos progressos das crianças, incluindo todas as áreas de desenvolvimento e contextualizando as situações de forma a ter em conta os factores de risco e de oportunidade que influenciam o desenvolvimento, devem ser incentivados. Também os estudos sobre os efeitos que os factores sociais, tais como: a etnia, a linguagem, a cultura e a pobreza, têm no grau de participação da família nos programas de IP e nos resultados alcançados com estes programas são também escassos e devem ser estimulados.

Segundo Cruz et al. (2003), a escassez de investigação científica nesta área em Portugal, é ainda uma realidade e a teoria e a prática continuam desligadas. Assim, os autores propuseram-se realizar uma investigação, inserida numa avaliação mais ampla a nível europeu que teve por objectivo analisar o grau de satisfação das famílias apoiadas pelo PIIP. Para isso foi utilizada uma escala de satisfação (ESFIP) das famílias em IP desenvolvida pelo Grupo Eurllyaid – Grupo Europeu para a IP. Os objectivos deste estudo foram de natureza diversa, indo desde a avaliação do serviço disponibilizado pelo PIIP por parte das famílias, à divulgação deste novo instrumento de trabalho, passando pela experimentação de novas metodologias de investigação-acção, pelo encorajar à cooperação e articulação entre os diversos serviços de IP e pelo estímulo à investigação científica nesta área em Portugal.

Os resultados desta investigação, sugerem que as famílias apoiadas pelo PIIP apresentam-se, no geral, satisfeitas com o apoio que lhes é prestado. Não obstante tal facto, conforme foi possível verificar, persiste um conjunto de áreas onde é necessário proceder a algumas alterações, nomeadamente ao nível do apoio directo às famílias, da

dinamização de grupos de pais e da acessibilidade, divulgação e conhecimento do serviço. É, no entanto, de ressaltar o elevado nível de satisfação das famílias relativamente a outros aspectos do apoio que lhes é disponibilizado, nomeadamente: o possibilitar de novas ideias para educar a criança, de momentos mais agradáveis com a criança, de reconhecer as suas capacidades, entre outros, aspectos centrais da filosofia e objectivos da IP.

Uma investigação da Universidade do Minho, levada a cabo por Carmo (2004) menciona que muitos estudos têm relatado que o investimento dos pais no desenvolvimento da criança com NEE está relacionado com o modo como os serviços de IP, formais e informais, e os apoios são consistentes com as necessidades e prioridades, bem como correspondem às rotinas da família.

Neste estudo, a autora procurou perceber de que modo certas características das famílias, de crianças com necessidades específicas dos 0 aos 5 anos, influenciam as suas necessidades e a utilidade da rede de apoio social. Os resultados sugerem que as famílias consideram como as mais preponderantes as necessidades de informação, as necessidades pessoais e as necessidades básicas de sobrevivência. Também foi possível constatar que os elementos da rede formal de apoio social são considerados de maior utilidade do que outras modalidades de suporte. Por outro lado, as características da família, como a escolaridade dos pais, o estatuto socioeconómico e a colaboração entre os cônjuges/companheiros apresentam-se como características capazes de influenciarem as necessidades e a utilidade da rede de apoio social das famílias de crianças com necessidades especiais. Estes resultados salientam a importância de considerar, as características individuais, as necessidades e os apoios sociais das famílias na adequação de intervenções que tenham como propósito um modelo centrado na família (Carmo, 2004).

Outra investigação acerca da satisfação das famílias realizado por Fidalgo (2004), pretendeu proceder à identificação de factores promotores da satisfação ou insatisfação nas famílias atendidas pelo serviço de IP de Castelo Branco (PROIP). O estudo demonstrou que as categorias da avaliação do grau de satisfação das famílias são as seguintes, por ordem crescente: Localização e Ligações do Serviço, Estrutura e Administração do Serviço; Apoio aos pais; Direitos dos Pais; Apoio à Criança; Modelo de Apoio; Ambiente Social, Relação entre Pais e Profissionais. Destaca-se o item relativo à relação que se estabelece entre os pais e os técnicos como o mais elevado em termos de satisfação das famílias. Daqui pode concluir-se que grande da satisfação e

sucesso da qualidade do serviço de IP depende da relação construída entre as famílias e os profissionais, desde o início da intervenção.

No âmbito do Projecto “O Processo de construção de boas práticas”, Apresentado numa conferencia Internacional, Gronita, Bernardo, Pimentel, Matos, & Marques (2009) salientam que em consequência do aumento da qualidade do serviço prestado, verificou-se um maior envolvimento das famílias. Em virtude da maior quantidade de informação disponibilizada à família, havia uma mudança no sentido da qualidade que tinha repercussões na definição de objectivos e prioridades na IP.

Pimentel, Gronita, Bernardo, Matos, & Marques (2009), no estudo sobre a avaliação de programas de IP e o seu contributo para a construção de práticas inclusivas no âmbito da IP, apresentado na mesma conferência, revelaram que as famílias têm expectativas muito elevadas em relação ao programa de IP. Contudo, o trabalho desenvolvido pela equipa foi avaliado como satisfatório.

Matos, Gronita, Bernardo, Marques, & Pimentel (2009) também avaliaram a percepção das famílias no processo de construção de práticas inclusivas no âmbito da IP, tendo concluído que para as famílias, as áreas mais relevantes são: o apoio à criança, a relação entre pais e profissionais e o modelo de apoio. Na realidade, os pais centram a sua atenção no apoio específico à criança, na forma como esse apoio irá ser implementado na prática, assim como no seu papel enquanto intervenientes na IP (Conferencia Internacional, Matos et al., 2009). Relativamente à satisfação das famílias, este estudo demonstra uma tendência crescente da satisfação, nomeadamente no que se refere ao apoio recebido pela criança, à relação que se estabelece entre os pais e os profissionais, na localização geográfica dos serviços e na articulação entre estes.

No seu estudo recente sobre a IP em Portugal, Almeida (2009) traçou uma panorâmica da situação da IP e da utilização do modelo de intervenção centrado na família em Portugal e procurou perceber até que ponto a prática desenvolvida se enquadra num modelo sistémico e bio-ecológico de prestação de serviços e naquelas que são, neste âmbito, as práticas recomendadas baseadas na evidência. Nas conclusões, entre outros aspectos, salienta-se a necessidade de se intervir de forma diversificada, tendo em conta as características das diferentes problemáticas e referem-se várias áreas possíveis de identificar como necessitando de ser melhoradas.

De um modo geral, os pais encontram-se satisfeitos com o programa de IP e o tipo de apoios que recebem. A atitude relacional dos técnicos é também alvo de uma avaliação bastante positiva por parte das famílias. Já a componente participativa do

trabalho com as famílias não atinge níveis tão elevados de sucesso, o que demonstra que, apesar de teoricamente os técnicos terem presente as práticas recomendadas, não estão ainda preparados para as operacionalizar no terreno. Foi ainda notório um maior envolvimento por parte das mães e maior satisfação destas quando são implicadas em todo o processo de intervenção.

O estudo sugere ainda que quando a componente relacional já é aplicada, havendo já uma relação próxima do profissional com a família, estamos perante uma intervenção verdadeiramente centrada na família. Mas tal como refere Dunst (2000 cit. por Almeida, 2010), a componente relacional poderá não ser suficiente para levar a família a uma maior envolvimento nas práticas. Para Dunst (2000) é essencial a componente participativa que visa promover o envolvimento activo da família.

Os próprios profissionais reconheceram que, apesar das práticas centradas na família serem as mais adequadas, por vezes, têm dificuldade em transpor estas práticas para a realidade, ficando apenas o desejo de o conseguirem. A ausência de formação de muitos técnicos e o facto de os pais estarem habituados a ter um papel secundário nos programas, tornam ainda mais difícil centrar as práticas de intervenção na família (Dunst, 2000). Almeida (2010:16) sugere que “...se queremos, efectivamente, desenvolver intervenções de qualidade é essencial não descurar a necessidade da formação em serviço dos profissionais, mas também, tão, ou mais, importante é assegurar a supervisão, enquanto processo de formação continuada”.

O Planning Council on Developmental Disabilities do Estado Americano de Illinois (1995) determinou que a satisfação das famílias com os serviços de IP resulta essencialmente do facto dos serviços corresponderem às suas necessidades e expectativas. Assim, a satisfação das famílias está relacionada, por um lado, com a percepção que estas têm dos serviços e apoios recebidos e, por outro, com as expectativas que as famílias tinham dos serviços e apoios que iriam receber. Os investigadores salientam que a adequação dos serviços às necessidades das famílias resulta de dois aspectos fundamentais. Por um lado, de um sentimento generalizado de satisfação que as famílias expressam em relação à sua vida e as suas perspectivas de futuro, o que poderá reflectir-se em expectativas mais realistas das respostas que os serviços de IP oferecem. Este estudo acrescenta ainda que esta satisfação das famílias também depende da sistematização de uma avaliação contínua, com o serviço que lhes é prestado.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4 - Metodologia

4.1 Justificação da metodologia

O presente estudo pretende caracterizar as respostas de IP dos Agrupamentos de referência da região Oeste e a respectiva satisfação das famílias que beneficiam dos apoios. Para o efeito optamos pela utilização de um inquérito por questionário, na medida em que esta metodologia nos permitia abarcar o maior número possível de profissionais de IP e famílias beneficiárias de IP, sem no entanto interferir com a vida quotidiana dos participantes.

Com o intuito de obter respostas fiáveis, utilizou-se, na elaboração do questionário, uma linguagem simples, com questões claras, pertinentes e exequíveis, que pudesse ser compreendida por todos os participantes (Quivy, 1999).

A amostra utilizada constituiu-se assim, por conveniência, uma vez que somente os profissionais destacados nos Agrupamentos de referência para a IP e as famílias a beneficiar de IP, residentes na região Oeste, reuniam os critérios de selecção definidos para este estudo.

Do ponto de vista estatístico optou-se por uma análise quantitativa dos dados, na medida em que esta nos permitia realizar uma análise de frequência das respostas, assim como uma análise descritiva que usou a média como medida de tendência central e o desvio-padrão como medida de dispersão.

Relativamente à apresentação dos dados obtidos decidimos utilizar quadros, por considerarmos que este era o meio que permitia uma melhor visualização dos resultados obtidos.

4.2 Objectivos

O presente estudo tem como objectivo avaliar a satisfação das famílias com as respostas de IP na região Oeste e procura caracterizar estas mesmas respostas/serviços, junto dos profissionais de IP que desenvolvem a sua actividade nos vários concelhos dos Agrupamentos de Escola do Ministério da Educação. Este, pretende responder à seguinte questão de partida: *“Em que medida estão as famílias satisfeitas com as respostas de IP?”*

Como tal, e de acordo com as percepções das famílias, pretende-se:

1. Caracterizar o programa e avaliar a responsividade da equipa;
2. Verificar se o programa aumentou o grau de conhecimento e competências parentais;
3. Analisar se o programa promoveu a compreensão de comportamentos típicos e atípicos;
4. Compreender se o programa ajudou a família a utilizar os recursos da comunidade;
5. Verificar se o programa ajudou a família a construir uma rede de apoio.

4.3 Descrição do Instrumento

No sentido de concretizar os objectivos previamente enunciados, procedemos à aplicação de dois questionários (Anexos I e II). O primeiro questionário era dirigido às famílias e pretendia caracterizar as famílias e avaliar o seu grau de satisfação com os serviços/respostas de IP, através da (PSS) Parent Satisfaction Survey que foi usada num Programa de avaliação, o Project Dakota em Outreach (Kovack & Jacks 1989). A escala foi validada pelos autores, tendo resultado um manual que apresenta todos os procedimentos para avaliar a satisfação parental com os Programas de IP. A Escala de Satisfação Parental (ESP), foi traduzida por nós e adaptada para o efeito. O segundo questionário era dirigido aos profissionais das equipas de IP e pretendia caracterizar as respostas/serviços disponibilizados às famílias. Este questionário foi construído por Almeida (2000) e adaptado para o efeito.

A escala de satisfação parental é constituída por 36 itens, podendo contabilizar um valor máximo de 144 pontos. Este valor corresponde ao máximo de satisfação

parental. Estes itens agrupam-se em cinco subescalas (Programa e responsividade da equipa; Aumento de conhecimentos e competências; Promoção da compreensão de comportamentos típicos e atípicos; Utilização dos recursos da comunidade; Construir uma rede de apoio) que avaliam diferentes dimensões da satisfação das famílias com as respostas de IP. Cada subescala corresponde a um dos nossos objectivos, respectivamente. Para uma melhor compreensão da escala usamos tabelas onde são visíveis as variáveis analisadas.

Cada questão da escala apresenta cinco opções de resposta, numa escala de Likert, que variam entre o discordo totalmente (1 ponto) e o concordo totalmente (4 pontos). O inquirido pode ainda seleccionar a opção não se aplica (0 pontos) sempre que a questão não corresponder à sua situação.

A primeira subescala que se refere ao programa e responsividade da equipa é constituída por dez itens que procuram avaliar o grau de satisfação das famílias relativamente à adequação do programa e à quantidade/qualidade de informação prestada pelos técnicos do programa de IP (Tabela 1).

Tabela 1 - Subescala do programa e responsividade da equipa

1. A equipa ouve e responde às minhas preocupações, questões e ideias.
2. Nos encontros com a equipa (...) sinto que sou um membro activo da equipa e não apenas um ouvinte.
3. Apesar de meu filho ser acompanhado por um único membro da equipa, sinto que ele recebe o apoio...
4. A equipa dá-me informação que é clara e útil para mim.
5. Sinto que o programa do meu filho tem a preocupação de incluir o que é mais importante para mim.
6. O programa do meu filho vai ao encontro das suas necessidades.
7. Estou satisfeita com os progressos que o meu filho tem tido desde o início do programa.
8. A ajuda que recebo adequa-se às rotinas e actividades da nossa família.
9. A equipa respeita os limites que a minha família coloca (...) dedicada ao programa do meu filho.
10. Estou informada sobre as várias opções que existem e que podem responder às necessidades do meu...

Em segundo lugar, surge a subescala do aumento de conhecimentos e competências, que engloba também dez itens, que avaliam a aquisição de conhecimentos e competências da família para ajudar a criança através da participação no programa de IP (Tabela 2).

Tabela 2 - Subescala do aumento de conhecimentos e competências

-
1. Estou mais capaz de olhar para o meu filho e ver o que ele está a aprender a fazer.
 2. Aprendi acerca de como ajudar o meu filho.
 3. Tenho mais prazer em estar com o meu filho.
 4. Sei o que o meu filho precisa de aprender.
 5. Reconheço que as actividades do dia-a-dia têm importância no crescimento e desenvolvimento...
 6. Estou mais confiante acerca de como eu e a minha família podemos ajudar o meu filho.
 7. Estou mais consciente sobre como ajudar no desenvolvimento do meu filho neste momento.
 8. Tenho uma visão mais clara das necessidades especiais do meu filho.
 9. Estou satisfeita por terem sido discutidos os pontos fortes do meu filho.
 10. Fiquei a saber melhor como definir objectivos e estratégias para o meu filho.
-

Segue-se a subescala de promoção da compreensão de comportamentos típicos e atípicos, constituída por quatro itens que avaliam a influência do programa de IP na identificação de comportamentos típicos e atípicos e na compreensão dos mesmos (Tabela 3).

Tabela 3 - Subescala de promoção da compreensão de comportamentos típicos e atípicos

-
1. Dou mais valor ao facto do meu filho estar mais tempo com crianças sem atraso de desenvolvimento.
 2. Estou mais consciente de como o meu filho é igual às outras crianças.
 3. Conheço mais formas de levar o meu filho a cooperar.
 4. Estou a receber a ajuda que preciso para saber lidar com o comportamento do meu filho.
-

De seguida temos a subescala da utilização dos recursos da comunidade, constituída por cinco itens que procuram avaliar o grau de satisfação das famílias com a informação e articulação dos vários serviços no âmbito do programa de IP, no sentido de uma melhor utilização dos recursos existentes na comunidade (Tabela 4).

Tabela 4 - Subescala de utilização dos recursos da comunidade

-
1. Conheço melhor as estruturas, serviços e programas da comunidade que podem ajudar o meu filho...
 2. Tenho ajuda da equipa quando quero outros serviços ou técnicos a trabalhar comigo, com o meu filho...
 3. Agora tenho contacto com serviços e programas na comunidade que podem ajudar o meu filho...
 4. Estou satisfeita com a comunicação entre a equipa de IP e outros recursos da comunidade...
 5. Sou capaz de procurar informação importante para a saúde e bem-estar do meu filho.
-

Por último, surge a subescala que avalia a capacidade de construir uma rede de apoio, que compreende sete itens que procuram verificar se o programa de IP ajudou a família a construir uma rede de apoio e perceber se a participação no programa permite alargar/fortalecer essa rede de suporte. (Tabela 5).

Tabela 5 - Subescala de construção de uma rede de apoio

1. O meu companheiro(a) /família estão mais envolvidos na aprendizagem do meu filho.
2. Tenho mais amigos ou outras crianças que me ajudam a ajudar o meu filho.
3. A equipa ajudou pessoas que eu conheço a serem mais carinhosas e compreensivas com o meu filho.
4. A equipa ajudou-me a conhecer outras pessoas que são carinhosas e compreensivas.
5. Tenho tido o apoio de outros pais.
6. Sinto-me menos sozinho(a) como pai/mãe.
7. A equipa está disponível e capaz de ajudar a minha família e amigos quando surgem preocupações...

4.4 Participantes

A fase de recolha de dados decorreu no período de Junho a Setembro de 2010. No sentido de caracterizar o tipo de respostas/serviços prestados às famílias recorremos aos docentes a exercer funções nos Agrupamentos de referência para a IP, que se encontravam distribuídos pelos doze concelhos da área abrangente do nosso estudo. Dos 15 profissionais, apenas 10 devolveram atempadamente os questionários, sendo estes que constituem a nossa amostra.

Relativamente aos dados das famílias, o questionário foi distribuído pelos profissionais de IP. Todas as famílias participaram voluntariamente na investigação, tendo sido devidamente esclarecidas do âmbito e objectivos da investigação e assinado o consentimento informando que autoriza a utilização dos dados recolhidos para fins científicos. A todos, foi dada garantia de confidencialidade.

Segundo um levantamento inicial junto da Equipa de Apoio às Escolas do Oeste, existiam 135 famílias beneficiárias de IP. Dos questionários entregues foram devolvidos atempadamente somente 56 (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição das famílias beneficiárias de IP por Concelho

Concelho	N.º de Famílias Acompanhadas
Sobral Monte Agraço (Agrupamento de referência para a IP)	12
Arruda dos Vinhos	3
Alenquer	9
Torres Vedras (Agrupamento de referência para a IP)	30
Lourinhã (Agrupamento de referência para a IP)	9
Cadaval	10
Bombarral	10
Caldas da Rainha (Agrupamento de referência para a IP)	8
Alcobaça	24
Nazaré	3
Peniche (Agrupamento de referência para a IP)	14
Óbidos	3

Quanto aos dados socio-demográficos das famílias inquiridas, podemos constatar que, na generalidade, estão representadas por um elemento feminino (84%), com idade compreendida entre 20 e 30 anos (80%) e formação académica diversa, o que explica a variedade de profissões encontradas.

No que se refere ao concelho de residência, verifica-se uma ampla distribuição na região Oeste, com um maior número de famílias provenientes dos concelhos de Alcobaça (27%), Lourinhã (16%) e Cadaval (14%) (Quadro 2).

Quadro 2 – Caracterização das famílias inquiridas

Sexo	N	%
Feminino	47	83,9
Masculino	9	16,1
Idade		
20-30 Anos	45	80,4
31-40 Anos	8	14,3
51-60 Anos	3	5,4
Escolaridade		
1.º Ciclo	8	14,3
2.º Ciclo	8	14,3
3.º Ciclo	8	14,3
Secundário	14	25,0
Bacharelato	1	1,8
Licenciatura	11	19,6
NR	6	10,7
Profissão		
Quadros superiores	7	12,5
Quadros técnicos	7	12,5
Comércio	5	8,9
Indústria	8	14,3
Serviços	10	17,9
Doméstica	10	17,9
Desempregado	7	12,5
NR	2	3,6
Concelho de Residência		
Alcobaça	15	26,8
Alenquer	3	5,4
Bombarral	7	12,5
Cadaval	8	14,3
Caldas da Rainha	5	8,9
Lourinhã	9	16,1
Nazaré	3	5,4
Peniche	3	5,4
Sobral de Monte Agraço	1	1,8
Torres Vedras	2	3,6

Relativamente às crianças, observa-se que, na sua maioria, começaram a receber apoio de IP em 2009 (48%). Sendo que a maioria das crianças apoiadas são do sexo masculino (77%) e que a maioria dos inquiridos tem o grau de parentesco de mãe (82%).

Podemos ainda observar que, segundo as famílias, a intervenção decorre sobretudo no jardim-de-infância (36%) e na creche (30%), sendo que os apoios ocorrem, na maioria dos casos, duas vezes por semana (54%).

As problemáticas que mais justificam a IP, referem-se a casos de atrasos globais do desenvolvimento (32%), seguindo-se as dificuldades da linguagem (25%) e à perturbação do espectro autista (PEA). Contudo são atendidas outras problemáticas em menor número, como é o caso de dificuldades auditivas ou visuais e paralisia cerebral, para além de outros casos que estão em caracterização (Quadro 3).

Quadro 3 – Caracterização das respostas IP

O seu filho está a beneficiar de IP desde...?		
2007	4	7,1
2008	8	14,3
2009	27	48,2
2010	7	12,5
NR	10	17,9
Sexo da criança apoiada?		
Feminino	13	23,2
Masculino	43	76,8
Grau de parentesco?		
Mãe	46	82,1
Pai	7	12,5
Avó	2	3,6
Tutor	1	1,6
Onde decorre a intervenção?		
Ama	2	3,6
Creche	17	30,4
Jardim-de-infância (JI)	20	35,7
Casa dos pais	9	16,1
Casa dos avós	2	3,6
Alternadamente domicílio/Creche ou JI	2	3,6
Escola	1	1,8
NR	3	5,4
Frequência do apoio de IP pelo profissional de IP?		
Mais de duas vezes por semana	3	5,4
Duas vezes por semana	30	53,6
Uma vez por semana	14	25,0
Uma vez de duas em duas semanas	1	1,8
Uma vez por mês	2	3,6
NR	6	10,7
Tipo de problemática?		
Atrasos globais do desenvolvimento	19	33,8
Dificuldades de linguagem	14	25,0
Dificuldades Auditivas/Visuais	4	7,1
Paralisia Cerebral	4	7,1
PEA	6	10,7
Trissomia 21	1	1,8
Em caracterização	1	1,8
NR	7	12,5

Relativamente à caracterização dos profissionais que acederam responder ao nosso inquérito, verifica-se uma predominância do sexo feminino (80%) relativamente ao sexo masculino. A idade da maioria dos profissionais está compreendida entre os 20 e os 30 anos (60%).

Em termos de escolaridade, a grande maioria situa-se ao nível da licenciatura (60%). As profissões encontradas situam-se maioritariamente nos educadores de infância, sendo de referir que (70%) dos educadores de infância não possui formação especializada. No que diz respeito à formação em IP, (60%) dos profissionais dizem ter formação nesta área, mas esta refere-se a acções de formação pontuais. (Quadro 4).

Quadro 4 – Caracterização dos profissionais de IP inquiridos

Sexo	N	%
Feminino	8	80,0
Masculino	2	20,0
Idade		
20-30 Anos	6	60
31-40 Anos	2	20
41-50 Anos	1	10
51-60 Anos	1	10
Escolaridade		
Bacharelato	2	20
Licenciatura	6	60
Mestrado	2	20
Profissão		
Educadores de infância	7	70
Educadores de infância do E. Esp.	2	20
Outro	1	10
Formação em IP		
Sim	6	60
Não	3	30
NR	1	10

No que se refere à experiência profissional, o valor médio é de nove anos no ensino regular, de dez anos no ensino especial e de três anos na IP (Quadro 5).

Quadro 5 – Experiência dos profissionais de IP

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Ensino Regular	3	17	8,89	5,085
Ensino Especial	4	23	10,25	8,770
IP	1	4	2,71	1,254

4.5 Procedimentos

Para a concretização desta investigação, os questionários foram distribuídos numa reunião da Equipa de Apoio às Escolas do Oeste, tendo sido previamente efectuado o pedido de autorização (Anexo III). Estes questionários foram entregues pelas docentes às famílias e recolhidos posteriormente.

Toda a informação recolhida foi inserida numa base de dados do programa SPSS - Statistical Package for Social Sciences (versão 17). Depois de proceder à análise descritiva, no sentido de perceber as características dos participantes, procurou-se determinar o grau de satisfação das famílias com as respostas de IP.

Após o cálculo do valor total de satisfação e dos domínios em estudo, procedeu-se à análise descritiva dos mesmos, no sentido de perceber se, em termos médios, o nível de satisfação das famílias inquiridas se aproximavam mais do valor mínimo (pouco satisfeitas) ou do valor máximo (muito satisfeitas).

CAPÍTULO 5 - Apresentação dos Resultados

5.1 Caracterização das respostas de IP

Os resultados encontrados mostram que os serviços de IP estabelecem, frequentemente, protocolos de cooperação com outras instituições. Os profissionais de IP declararam conhecer protocolos entre o serviço de IP e o centro de saúde (10%), as creches e JI (10%), a equipa de apoio às escolas (10%) e protocolos múltiplos (20%). Os profissionais das equipas afirmam reunir mensalmente entre si (70%) e com profissionais de outros serviços da comunidade (50%).

Cada profissional encontra-se a acompanhar entre uma e sete crianças com NEE e/ou em risco, com idade compreendida entre 0-2 anos, e entre quatro e onze crianças com NEE e/ou em risco, com idade compreendida entre 3-5 anos. A sinalização destas crianças foi maioritariamente realizada pelos hospitais (15 casos de crianças com idade compreendida entre 0-2 anos e 11 casos com idade compreendida entre 3-5 anos), pelas misericórdias (9 casos de crianças com idade compreendida entre 0-2 anos e 13 casos com idade compreendida entre 3-5 anos) e pelos centros de saúde (7 casos de crianças com idade compreendida entre 0-2 anos e 5 casos com idade compreendida entre 3-5 anos). Somente 50% dos profissionais afirma ter crianças em lista de espera, sendo 10 com idade compreendida entre 0-2 anos e 11 com idade compreendida entre 3-5 anos.

No total, os profissionais inquiridos estão a acompanhar 57 crianças com diagnóstico confirmado, entre os quais: Atraso desenvolvimento global, perturbação do espectro do autismo, paralisia cerebral, perturbação específica da linguagem, dificuldades auditivas e visuais, prematuridade etc. Estando ainda 10 casos em caracterização, ou seja sem diagnóstico confirmado.

A maioria dos profissionais indica o domicílio como o principal local de intervenção (27,2%), seguindo-se a creche (24,6%), o grupo de jardim-de-infância (21,1%), a ama (15,8%) e a sala de apoio do jardim-de-infância (12,3%). Apenas em duas situações a intervenção é realizada simultaneamente no domicílio e no jardim-de-infância.

No que respeita à periodicidade, a maioria dos profissionais refere que a intervenção se realiza duas vezes por semana (36,8%), 31,6% afirma que a intervenção

é semanal, 15,8% declara que a intervenção é quinzenal e igual proporção de profissionais afirma que a intervenção é mensal.

Na generalidade, o meio onde se realiza a intervenção é do tipo rural (60%), envolvendo os concelhos do Bombarral, Cadaval, Lourinhã e Sobral de monte Agraço. Somente 40% da intervenção é realizado em meio do tipo urbano: Peniche e Torres Vedras.

A grande maioria dos profissionais considera que as famílias não têm acesso a todos os recursos de que necessitam (90%), nomeando como principal necessidade a maior frequência de apoio e alguns os complementares terapêuticos (80%). De um modo geral, os profissionais colaboram com os parentes, vizinhos ou amigos da família e da criança (50%), com estruturas existentes na comunidade (30%) e com a CPCJ (10%). Esta articulação entre os serviços e a comunidade é considerada boa (60%) ou razoável (30%). Alguns referem que apesar de não haver parcerias há disponibilidade, tendo em conta as reuniões mensais que têm com outros técnicos.

5.2 Satisfação das famílias beneficiárias de IP

A análise da consistência interna da escala demonstrou um elevado valor de fiabilidade pelo que nos sentimos bastante confiantes com a sua aplicação (Quadro 6).

Quadro 6 – Análise da consistência interna da escala de satisfação aplicada às famílias

Alfa de Cronbach	Número de itens
0,959	36

Após o tratamento estatístico relativamente a todas as dimensões da escala avaliadas apresentamos o seguinte quadro onde se pode observar que de um modo geral, as famílias manifestam satisfação com os serviços prestados pelos profissionais de IP. Apresentamos aqui os dados das 5 subescalas e por fim a análise da satisfação global das famílias com a IP (Quadro 7).

Quadro 7 - Satisfação das Famílias/Dados apurados

Dimensão avaliada	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
1. Satisfação das famílias com o programa e a responsividade da equipa	56	27	40	35,86	3,929
2. Satisfação das famílias com o aumento de conhecimentos e competências	56	22	40	34,05	4,590
3. Satisfação das famílias com a compreensão de comportamentos típicos e atípicos	56	7	16	13,50	2,132
4. Satisfação das famílias com a utilização dos recursos da comunidade	56	9	20	16,75	2,546
5. Satisfação das famílias com a construção de uma rede de apoio	56	7	28	22,54	5,159
Satisfação global das famílias com as respostas de IP	56	94	144	122,70	13,816

Seguidamente faremos uma explicação mais detalhada dos dados apurados, separando cada dimensão e tentando perceber quais os itens da escala que mais contribuíram para cada resultado.

Começando por analisar agora a satisfação global das famílias, verificamos que os resultados médios estão muito próximos do valor máximo desta escala. A análise do desvio-padrão permite-nos constatar que a dispersão é relativamente baixa, o que sugere que todas as famílias apresentam valores positivos de satisfação. Observa-se ainda que a família menos satisfeita pontuou 94 pontos o que corresponde a um grau de satisfação moderado (Quadro 8).

Quadro 8 – Análise descritiva da satisfação global das famílias com as respostas de IP

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
56	94	144	122,70	13,816

Relativamente ao programa e responsividade da equipa que compreende a primeira subescala da satisfação parental, sendo constituída por dez itens que procuram avaliar o grau de satisfação das famílias relativamente à quantidade e qualidade das respostas de IP.

No que se refere ao presente estudo, observa-se que o valor de satisfação com esta dimensão é na generalidade das famílias, positiva, pois aproxima-se do valor máximo da escala. O valor máximo possível é de 40 pontos, sendo que este valor corresponde ao máximo de satisfação com este parâmetro. Os itens que contribuíram

mais para a satisfação das famílias nesta subescala foram: 1) A equipa ouve e responde às minhas preocupações, questões e ideias; 4) A equipa dá-me informação que é clara e útil para mim; 6) O programa do meu filho vai ao encontro das suas necessidades.

No item 3) Apesar de o meu filho ser acompanhado por um único membro da equipa, sinto que ele recebe o apoio dos restantes membros, as respostas não se situaram tanto na opção «Concordo» ou «Concordo completamente», tendo-se verificado algumas assinaladas na escolha «Não se aplica», sendo esta opção possível sempre que o inquirido não teve oportunidade de avaliar a situação referida. Este facto pode levar-nos a considerar que as famílias de facto não sentem este apoio em termos de equipa, dado que contactam apenas com um elemento. Contudo, a dispersão é reduzida e a pontuação mais baixa foi de 27 pontos, pelo que podemos afirmar que as famílias estão satisfeitas com o programa e a responsividade da equipa (Quadro 9).

Quadro 9 – Análise descritiva da satisfação das famílias com a o programa e responsividade da equipa

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
56	27	40	35,86	3,929

De seguida, temos a subescala que se refere ao aumento de conhecimentos e competências que engloba dez itens. Este domínio avalia o aumento de conhecimentos e competências da família através da sua participação no programa. A pontuação máxima desta escala é de 40 pontos que corresponde ao nível máximo de satisfação, ou seja, as famílias concordam totalmente com as dez afirmações que lhe são apresentadas.

Os valores médios desta subescala situam-se também perto do valor máximo de satisfação, o que nos permite constatar que as famílias estão satisfeitas com este domínio. Os itens que mais contribuíram para a satisfação das famílias foram: 2) Aprendi acerca de como ajudar o meu filho; 4) Sei o que o meu filho precisa de aprender; 5) Reconheço que as actividades do dia-a-dia têm importância no crescimento e desenvolvimento do meu filho. No entanto, apesar de o desvio-padrão ser relativamente mais elevado, o grau de dispersão corresponde a uma avaliação positiva com o aumento de conhecimentos e competências e o valor mais baixo alcançado situa-

se dentro dos níveis de satisfação moderada, ou seja, as famílias concordam com as afirmações apresentadas.

É de referir que algumas famílias, ainda que poucas, preencheram o espaço destinado aos comentários, que deveriam ser feitos no caso de a opção recair no «Discordo» ou «Discordo completamente». Sendo que o mais exposto foi: *“falta de contacto com a equipa”, “já tinha conhecimentos”, “não há evolução na fala, apenas se expressa melhor”, “o prazer de estar com o meu filho não se alterou”, “nunca precisei de nada para olhar para o meu filho de uma forma diferente, sempre gostei de observar a sua evolução...objectivos e estratégias, sempre as consegui definir e ele raramente as ignora”* (Quadro 10).

Quadro 10 – Análise descritiva da satisfação das famílias com o aumento de conhecimentos e competências

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
56	22	40	34,05	4,590

Segue-se a subescala da compreensão de comportamentos típicos e atípicos que é constituída por quatro itens que avaliam a influência das respostas de IP na capacidade dos pais identificarem comportamentos típicos e atípicos, sendo a pontuação máxima desta escala de 16 pontos. Observamos que os itens que mais contribuíram para a satisfação foram: 1) Dou mais valor ao facto do meu filho estar mais tempo com crianças sem atraso de desenvolvimento; 3) Conheço mais formas de levar o meu filho a cooperar.

A análise destes dados, permite-nos verificar que as famílias inquiridas avaliam este aspecto de uma forma geral satisfatória. Mais uma vez, o valor médio situa-se mais próximo do valor máximo (satisfação) do que do valor mínimo (insatisfação). Também aqui o valor do desvio-padrão é pequeno, o que sugere baixa dispersão. No entanto, neste caso o valor mínimo alcançado, sete pontos, já se situa ao nível da insatisfação, o que nos obriga a ter em consideração o facto de haver famílias que não estão satisfeitas com este domínio. Nos comentários apresentados, destacam-se: *“Já estava consciente do atraso do meu filho”, “já estava consciente... nunca achei que o meu filho fosse diferente dos outros”, “não está a receber ajuda necessária”, “...não é o que esperava”*.

Tendo em conta este resultado, em termos de melhoria contínua da qualidade das respostas de IP, este é um parâmetro que não pode ser esquecido (Quadro 11).

Quadro 11 – Análise descritiva da satisfação das famílias com a compreensão de comportamentos típicos e atípicos

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
56	7	16	13,50	2,132

No que se refere à subescala de utilização dos recursos da comunidade, esta é constituída por cinco itens que procuram avaliar o grau de satisfação das famílias no âmbito do programa de IP. A pontuação mais elevada desta escala é de 20 pontos, sendo que este valor corresponde ao máximo de satisfação.

No que se refere aos itens desta escala, as famílias mostraram-se também satisfeitas, sendo o valor médio bastante elevado. Os itens que mais contribuíram para a satisfação neste aspecto foram: 4) Estou satisfeita com a comunicação entre a equipa de IP e outros recursos da comunidade envolvidos no programa do meu filho; 5) Sou capaz de procurar informação importante para a saúde e bem-estar do meu filho. O desvio-padrão reflecte uma baixa dispersão das respostas das famílias relativamente a este parâmetro.

Também aqui verificamos que existem famílias que não estão totalmente satisfeitas com este parâmetro, sendo a pontuação mínima (9 pontos) inferior à concordância com a totalidade das afirmações. É curioso observar os comentários de algumas famílias que não se mostraram satisfeitas. Os seus argumentos são os seguintes: *“Apenas recebo apoio do professor de IP”, “sem outros apoios da comunidade... falta de técnicos”, “já tinha capacidade para procurar os recursos da comunidade”* (Quadro 12).

Quadro 12 – Análise descritiva da satisfação das famílias com a utilização dos recursos da comunidade

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
56	9	20	16,75	2,546

Relativamente ao nosso último objectivo para avaliar a satisfação das famílias com as respostas de IP que corresponde à subescala construir uma rede de apoio, a forma como a integração num programa de IP permite ampliar e diversificar a rede de suporte social, é avaliada através de uma subescala de sete itens. O valor máximo desta subescala é de 28 pontos, o que corresponde ao máximo de satisfação com a rede de apoio.

Neste parâmetro podemos constatar que a generalidade das famílias está satisfeita com a rede de apoio, na medida em que o valor médio é elevado e superior à mera concordância com as afirmações (equivalente a 21 pontos). É de salientar que o item que mais contribuiu para a satisfação foi: 7) A equipa está disponível e capaz de ajudar a minha família e amigos quando surgem preocupações ou questões sobre o meu filho.

No entanto, a análise do valor mínimo obtido (7 pontos) mostra-nos que o resultado obtido por parte das famílias inquiridas corresponde à total discordância com os sete itens desta subescala. Destacamos como comentários das famílias em desacordo com este aspecto, os seguintes: *“Bom apoio, mas não afecta as relações envolventes”, “o empenho familiar já existia antes da IP”, “inexistência do apoio de outros; Não houve alterações no envolvimento”, “falta de contacto com outros pais”, “não tenho apoio de outros pais e nunca me senti sozinha”, “não tenho ajuda dos vizinhos nem quero ficar a dever favores”, “o apoio tem sido só da Educadora; Falta de contacto com outros pais”, “dificuldade de transporte para o Jardim de Infância”, “falta de reuniões com a equipa, falta de disponibilidade de tempo... devia haver mais solicitação para o envolvimento com encarregados educação”, “falta de informação da doença”*. Nestes relatos aparecem ainda outras queixas, tais como: o companheiro não colabora, falta empenho, falta de intensidade, poucas horas, pouca rapidez na recuperação, ajuda tardia...

Este aspecto parece-nos deveras importante e iremos analisá-lo mais profundamente no capítulo da discussão (Quadro 13).

Quadro 13 – Análise descritiva da satisfação das famílias com a construção de uma rede de apoio

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
56	7	28	22,54	5,159

No final do nosso questionário aparecia uma questão aberta onde os inquiridos puderam deixar o seu parecer relativamente à pergunta: Considerando tudo o que a IP tem feito por si e pelo seu filho, o que gostaria que tivesse sido diferente?

Relativamente a queixas estas continuam a aparecer e ligam-se igualmente com a falta de contacto com a equipa, falta de vaga na creche, falta de técnicos, falta de materiais na intervenção, etc. Estes relatos incluíram ainda a *“incompatibilidade de horário das sessões de apoio relativamente ao trabalho dos pais”*, *“dificuldades iniciais de obtenção de apoio na IP”*, *“no primeiro ano a intervenção não foi proveitosa, a técnica não chegou até ele, pouco tempo de apoio de IP”*.

Destacamos as ideias que mais se repetem neste ponto, denotando-se uma satisfação geral com as respostas de IP: *“Não há necessidade de mudança, tive um bom apoio”*, *“bom trabalho da IP”*, *“a IP foi uma grande mais-valia”*, *“melhorias pelo programa de IP, mas não atingiu os objectivos necessários”*...

5.3 Discussão dos resultados

O trabalho de Dunst et al. (1994) constitui um marco fundamental na teorização de um modelo de avaliação e intervenção centrado nas necessidades e recursos específicos da família.

Segundo Pimentel (2005) os primeiros estudos avaliativos relacionados com os programas de educação compensatória, preocupados com sucesso escolar das crianças, procuravam, sobretudo, avaliar de forma objectiva as mudanças de comportamento, em termos de competências cognitivas adquiridas. No entanto, cedo se percebeu que esta avaliação não era fácil de realizar porque implicava a realização de avaliações múltiplas, ao longo de vários anos.

Com o tempo, novas medidas de avaliação foram desenvolvidas no sentido de incluir, para além da capacidade cognitiva, outras competências, como a competência social, a adequação dos comportamentos, os valores e as atitudes (Pimentel, 2005). A maioria destas medidas centrava-se, tal como os programas de intervenção, na própria criança, havendo uma preocupação mínima com as mudanças de competências dos pais e familiares (Pimentel, 2005).

Numa avaliação de programas de IP aplicados em casa, Bronfenbrenner (1986) verificou que o envolvimento directo dos pais tinha influência, não só ao nível das

atitudes destes para com os seus filhos, mas também na eficácia da intervenção e na manutenção dos resultados. Este autor realçou a importância de se trabalhar, no âmbito da IP, o sistema pais/criança.

Durante a validação da Escala de Satisfação Parental do Projecto Dakota, os procedimentos descritos no Manual foram utilizados para analisar sete programas de IP em cada ano, desde 1985. O desenvolvimento desta pesquisa é discutido, incluindo a identificação dos objectivos do programa, elaboração e refinamento de perguntas para cada objectivo, o texto da escala de resposta, o uso de um factor de ajuste de resposta quando os pais não respondem a uma pergunta, e o desenvolvimento de critérios avaliação. Os resultados obtidos nesta pesquisa referem uma maior satisfação com as variáveis da primeira subescala que avalia o programa e a responsividade da equipa, seguindo-se a segunda subescala que avalia o aumento de competências e conhecimentos. A dimensão da escala que obteve um grau menor de satisfação foi a última que se reporta à capacidade de construir uma rede de apoio.

No nosso estudo os resultados obtidos são similares, dado que as famílias apresentam um elevado nível de satisfação em todos os domínios, com especial destaque para a satisfação com o programa e a responsividade da equipa e no aumento de conhecimentos e competências promovidos pelos profissionais de IP. No que se refere à promoção da compreensão de comportamentos típicos e atípicos e ao domínio da utilização dos recursos da comunidade, a generalidade das famílias manifesta satisfação. No entanto, esta avaliação não é unânime, havendo famílias que não estão totalmente satisfeitas com estes parâmetros. O domínio que denota menor grau de satisfação, apesar desta se manter positiva, é a capacidade de construir uma rede de apoio devido à participação no programa, o que sugere que nem todas as famílias se sentem suficientemente apoiadas pela comunidade onde estão inseridas.

Os resultados aqui apresentados são concordantes com os dados divulgados pelo relatório do Planning Council on Developmental Disabilities, do Illinois (1995), na medida em que as famílias consideram que os serviços atendem às suas necessidades e correspondem às suas expectativas.

O Planning Council on Developmental Disabilities do Illinois (1995) desenvolveu um estudo que estabelece algumas directrizes sobre como avaliar a IP, tendo concluindo que o envolvimento da família na comunidade é um aspecto importante a ter em consideração, pois a participação comunitária transmite um sentimento de pertença indispensável para o desenvolvimento global da criança.

Segundo este relatório, por vezes, os pais procuram proteger o seu filho, portador de incapacidade, de potenciais ameaças da comunidade: ridicularização, rejeição, exclusão, etc. O grupo de estudo sugere que os profissionais de IP podem desempenhar um papel importante neste domínio, pois podem estabelecer parcerias com outras famílias da comunidade e ajudar a resolver situações de tensão e incompreensão.

Tal como Fidalgo (2004) e Almeida (2009) salientam, a componente relacional técnicos/pais, está intimamente ligada com o grau de satisfação das famílias. Não podemos esquecer que as famílias fazem parte da comunidade e, enquanto intervenientes no terreno, podemos estar atentos à forma como as famílias se relacionam entre si, incentivando e ajudando as famílias que apoiamos a participarem de forma activa na vida da sua comunidade.

No estudo de Cruz et al. (2003), em que as famílias se encontravam bastante satisfeitas, foram ressaltados aspectos que mais contribuíram para esta satisfação. Tais como: possibilitar de novas ideias para educar a criança, de momentos mais agradáveis com a criança, de reconhecer as suas capacidades, entre outros, aspectos centrais da filosofia e objectivos da IP. A satisfação com os serviços prestados com o PIIP, alcançou resultados menores nas vertentes: ao nível do apoio directo às famílias, da dinamização de grupos de pais e da acessibilidade, divulgação e conhecimento do serviço.

Podemos comparar estes resultados no nosso estudo, dado que, de acordo com as percepções das famílias, estas apresentam um menor grau de satisfação nas dimensões construir uma rede de apoio e as variáveis que mais contribuíram para o elevado nível de satisfação das famílias foram: o programa e responsividade da equipa e o aumento de conhecimentos e competências. Sendo que o mesmo se verifica no estudo da satisfação das famílias apoiadas no PIIP de Coimbra, pois os resultados são coincidentes nesta área de apoio.

No que se refere à satisfação parental, os resultados obtidos no nosso estudo, vão de encontro a outros estudos de investigação realizados em Portugal. Pimentel (2005) concluiu que apesar não haver um grande envolvimento e participação da família na intervenção, as famílias estão maioritariamente satisfeitas com o apoio. Já em 1995, Veiga tinha identificado que a participação dos pais nos programas de IP era limitada à fase da avaliação, na medida em que os pais eram solicitados a fornecer aos técnicos algumas informações relativas aos seus filhos. Não havia uma verdadeira e efectiva avaliação das necessidades e dos recursos da família, uma vez que os técnicos cingiam-

se a impressões gerais e subjectivas, muitas vezes assumindo o carácter de juízos de valor. As estratégias de aconselhamento e suporte à família eram pouco reflectidas, revelando um protagonismo dos técnicos e estimulando uma relação de dependência da família face aos serviços.

No estudo realizado por Fernandes (2008) sobre a Satisfação das famílias no Concelho de Estarreja que também utilizou a mesma Escala usada por Cruz et al. (2003), os resultados são mais uma vez concordantes com os nossos, tendo em conta que metade das famílias inquiridas se mostrou satisfeita com o trabalho realizado pela equipa. Ainda que apenas 34% se tenha mostrado muito satisfeita, relativamente ao serviço da IP. Estes dados mostram que na generalidade também naquela zona as famílias estão satisfeitas com os apoios recebidos. Contudo, no que se refere à acessibilidade e à estrutura dos serviços estas foram as área em que se notou menor satisfação, devido ao desconhecimento das famílias. Comparativamente com os nossos resultados, estes são aspectos que evidentemente precisam de ser melhorados, muitas famílias revelaram a percepção de não se sentirem apoiadas por uma equipa. Nota-se desconhecimento nos serviços que estão por detrás do profissional com quem têm contacto directo. Segundo Bainter e Marvin (2006) as famílias precisam de informação, feedback e suporte enquanto participam nas interações de IP com os seus filhos.

Também no estudo de Pimentel et al. (2009) sobre as expectativas e satisfação das famílias, realizado no contexto nacional, demonstrou que as famílias atendidas pelo STIP revelam expectativas muito elevadas face ao apoio que desejam vir a ter, assim como um elevado nível de satisfação face ao apoio que já obtiveram. Apesar de se tratar de resultados parciais, a investigação indiciava um grande desconhecimento dos objectivos do STIP a nível da comunidade em geral e a equipa de IP sentiu necessidade de tomar iniciativas no sentido de estabelecer parcerias com instituições da comunidade.

Os resultados do presente estudo parecem apontar para uma realidade similar, na medida em que a comunidade, as suas instituições e as relações que com elas se estabelecem serem um aspecto fundamental no domínio do apoio social. Pensamos que só através da comunidade as equipas de IP poderão apoiar de forma efectiva as famílias e as crianças com NEE.

CONCLUSÃO

Podemos considerar que actualmente a IP é o produto de uma evolução histórica, científica e organizacional, que tem como objectivo responder de uma forma atempada e eficaz à diversidade dos problemas que se colocam às crianças com NEE e suas famílias, considerando como foco condutor, as suas necessidades e os seus recursos. Segundo relatório da European Agency for Special Needs Education (2005), IP é um conjunto de serviços/recursos para crianças em idades precoces e suas famílias; estas acções devem ser realizadas no contexto natural das crianças, preferencialmente a nível local, com uma abordagem em equipa multidimensional orientada para a família.

Os programas de IP procuram dar resposta eficaz e atempada às crianças em risco e às suas famílias, proporcionando-lhes na realidade os mesmos direitos das crianças que não têm NEE. Qualquer intervenção em IP, não pode, nem deve em caso algum ser desligada da família. Como defendem vários autores, a família é a principal responsável pela educação dos filhos e, como tal o importante em IP é colaborar com ela reconhecendo-lhe necessidades, recursos e competências.

A necessidade de se intervir precocemente em crianças e famílias com perturbações ao nível do desenvolvimento ou em situação de risco, fez com que vários serviços unissem esforços e se articulassem entre si para tentar solucionar os problemas existentes. Este facto traduz-se no número de equipas que foram surgindo nestes últimos anos, no nosso país. Sendo unanimemente aceite que a intervenção junto da criança deve ser realizada o mais cedo possível, urge identificar as necessidades e as possibilidades de intervenção, o método científico mais apropriado para as características dos destinatários e o seu modo de operacionalização. Parece ser consensual, para alguns autores abordados, a ideia de que deveria haver um aumento de serviços prestados à família, intervindo mais ao nível das interacções familiares para prevenir comportamentos disfuncionais, e aumentar as competências das famílias, mas não há dados que quantifiquem essa necessidade (Bairrão & Almeida, 2002).

A família e a equipa de IP são dois subsistemas sociais que se complementam porque contribuem para a educação da criança. Compete ainda ao técnico de intervenção a tarefa de ajudar a criar na família um clima de estímulo e de confiança tão necessário para o desenvolvimento das suas potencialidades enquanto estrutura capaz de apoiar o desenvolvimento das suas crianças (Santos, Portugal, & Simões 2004).

Os resultados obtidos com o presente estudo permitem-nos afirmar que as famílias inquiridas estão satisfeitas com os serviços prestados pelas equipas de IP. No entanto, parece-nos que mais se pode fazer em relação a algumas famílias, sobretudo no que concerne à utilização dos recursos da comunidade para que estas se sintam mais capazes e integradas no seu meio envolvente e na sociedade em geral, no sentido da criação de uma forte rede de apoio.

Esperamos que o diploma recentemente publicado, o Decreto-Lei n.º 281/99, venha a contribuir para a existência de mais equipas multidisciplinares, que funcionem em proximidade e com maior coesão, de modo a que cada profissional possa desenvolver a sua actividade de IP num ambiente de verdadeira parceria, entre todos os sistemas envolvidos. É certo que este decreto mantém a perspectiva, de homogeneizar esta diversidade criando um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), este prevê ainda as ELI, equipas locais de intervenção multidisciplinares com base em parcerias institucionais e regionais de coordenação e um nível nacional de articulação de todo o sistema. No entanto acreditamos que este será um processo lento, é provável que continuemos a ter, no nosso país, maneiras diferentes de operacionalizar a IP, de forma a corresponder às necessidades encontradas em cada comunidade e a rentabilizar os recursos aí existentes.

Segundo Cruz et al. (2003), a satisfação das famílias constitui um excelente indicador do trabalho desenvolvido pelos serviços de IP, uma vez que permite identificar pontos fortes e fracos do apoio prestado à família, instrumentos essenciais para técnicos e responsáveis de qualquer serviço de IP.

Kerry *et al* (2008) consideram que seria importante que a investigação posterior se centrasse na recolha de dados para estudos comparativos de famílias que recebem modelos alternativos de atendimento, de modo a permitir um acompanhamento longitudinal de avaliação dos programas e de sustentabilidade dos resultados ao longo do tempo. Pensamos que seria vantajoso desenvolver, no nosso país, esta linha de investigação, na medida em que permitiria uma visão mais abrangente dos programas de IP que estão a ser implementados e a avaliação da sua respectiva qualidade, dado o contexto em que se inserem.

Os resultados desta investigação são válidos somente para o caso estudado, mas o seu valor científico reside na possibilidade de contribuir para o conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada cujos resultados atingidos podem permitir e formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, I. C. (2010). A Crescer: O Modelo de Intervenção Centrado na Família: Da Teoria à Prática. Região Autónoma da Madeira: *Revista Diversidades*, 27, pp. 12-17.

Almeida, I., C. (2009). *Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: Ideias dos Especialistas, dos Profissionais e das Famílias*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Almeida, I. C. (2004). Intervenção precoce: focada na criança ou centrada na família e na comunidade? *Análise Psicológica*, 1 (XXII), pp. 65-72.

Almeida, I. C. (2000). Evolução das teorias e modelos de intervenção precoce: caracterização de uma prática de qualidade. *Cadernos CEACF*, 15/16, pp. 29-46.

Ainsworth, M. D. (1982). Attachment: retrospects and prospects. In C. M. Parker e J. Stevenson-Hinde (Eds.). *The place of attachment in human behavior* (pp. 1-18). New York: Baist Books.

Antunes, A. P. (1998). Programa de Intervenção Precoce. A Importância da Família. *Cadernos de Educação de Infância*, 48, pp. 42-43.

Ariés, P. (1988). *A criança e a vida familiar no antigo regime*. Lisboa: Relógio d'Água.

Bach, H. (1983). *Programas de Intervenção Precoce*. Lisboa: Moraes Editora.

Bailey, D. B. (1997). Evaluating the effectiveness of curriculum alternatives for infants and preschoolers at high risk. In M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 227-247). Baltimore: Paul H. Brooks.

Bailey, D. B. e McWilliam, (1993). The search for quality indicators. In P. J. McWilliam & D. B. Bailey (Eds.), *Working together with children and families - Case studies in early intervention* (pp. 27-59). Baltimore: P. Brookes Publishing Co.

Bailey, Jr. D. B. e Wolery, M. (1992). *Teaching infants and preschoolers with disabilities* (2nd ed.). New York: Merrill Publishing Company.

Bainter, S. e Marvin, C. (2006). *Engaging Practitioners in Program Evaluation: A Preliminary Report of Perceptions and Observations of Practitioner-Caregiver Partnerships in Early Intervention*. Lincoln.

Bairrão, J. e Almeida, I. C. (2003). *Questões actuais em intervenção precoce*. *Psicologia*, 17 (1), pp. 15-29.

Bairrão, J. e Almeida, I. C. (2002). *Contributos para o estudo das práticas de intervenção precoce em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação, Departamento da Educação Básica.

Bairrão, J. (1999). *Early intervention in Portugal*. Comunicação apresentada no Encontro Internacional: Excellence in Early Childhood Intervention. Vasteras, Suécia.

Bairrão, J. (1994). A perspectiva Ecológica na Avaliação de crianças com Necessidades Educativas Especiais e suas Famílias: *O Caso da Intervenção Precoce*. *Inovação*, 7, pp. 37-48.

Bairrão, J. (1992). A perspectiva ecológica em psicologia de educação. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 8, pp. 57-68.

Baker, B. (1989). *Parent training and developmental disabilities*. Washington: AAMR Monographs.

Blackman, J. A. (2002). Early intervention: a global perspective. *Infants and Young Children*, 15, pp. 11-19.

Blok, S., Newman, G. e Rips, L. J. (2005). *Individuals and their concepts*. In W-k. Ahn, R. L. Goldstone, B. C. Love, A. B. Markman, & P. Wolff (Eds.), *Categorization inside and outside the lab* (pp. 127-149). Washington, DC: American Psychological Association.

Boavida, F. (2003). Comunicação apresentada no I Encontro de Intervenção Precoce do Alentejo – “Pais com amor (i)limitado” – (9 e 10 de Dezembro).

Botelho, T. (1994). Reacção dos pais a um filho nascido diferente. *Integrar*, 5, pp. 5-8.

Bronfenbrenner, U. (1999). Environments. In developmental perspective: Theoretical and operational models. In S. L. Friedmann & T. D. Wachs (Eds.), *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts*. (pp. 3-28). Washington, DC: American Psychological Association.

Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. In Vasta, R. (Ed.) *Six theories of child development* (pp. 187-249). London: Jessica Kingsley.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22 (6), pp.723-742.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Cambridge University Press.

Brown, W. e Brown, C. (1993). Defining eligibility for early intervention. In S. K. Thurman & L. Pearl (Eds.). *Family centered early intervention with infants and toddlers*. Baltimore: Paul Brooks.

Bruder, M. B. (1997). The effectiveness of specific educational/developmental curricula for children with established disabilities. In M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul H. Brooks.

Bruer, J. T. (1999). *The myth of the first three years: A new understanding of early brain development and lifelong learning*. New York: Free Press.

Buckley, S. (1994). Early intervention: the state of the art. In Carpenter B. ed. (1994) *Early intervention: where are we now?* Westminster: Westminster Press.

Carmo, M. G. (2004). *A influência das características das famílias em intervenção precoce na identificação das suas necessidades e na utilidade da sua rede de apoio social*. Instituto de estudos da criança. Universidade do Minho. Braga.

Carvalho, L (2008). *Projecto Integrado de Intervenção Precoce do Distrito de Coimbra*. Coimbra: Anuário do Departamento de Psicologia.

Carter B. e McGoldrick, M. (1999). *Expanded family life cycle* (3.^a Ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.

Cicchetti, D. e Sroufe, L. A. (1978). An organizational view of affect: illustrations from the study of Down's syndrome infants. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.). *The Development of Affect*. New York: Plenum.

Colôa, J., Breia, G., Almeida, I. C., (2004). *Conceitos e Práticas em Intervenção Precoce* - Ministério da Educação – Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, Lisboa.

Convenção dos Direitos da Criança (2003-2010). *In Infopédia [Em linha]*. Porto: Porto Editora. Acedido em 11 de Outubro de 2010 em: www.cm-palmela.pt/NR/rdonlyres/2699A4EF.

Correia, L. (1999) – *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*, Colecção Educação Especial, Porto Editora, Porto.

Correia, L. M. e Serrano, A. M. (1998). *Envolvimento parental em intervenção precoce: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Porto: Porto Editora.

Corval, A. R.; Mendes, M. S. e Figueiredo, S. C. (2006). *Caracterização das equipas de intervenção precoce no distrito de Lisboa e dos serviços de apoio a crianças até aos 6 anos e suas famílias, na freguesia do Lumiar, com necessidades especiais no domínio sócio-emocional*. Trabalho realizado pela UCP de Ciências da Educação: GADIF-ISEC. Lisboa.

Costa, M. I. (2004). A família com filhos com necessidades educativas especiais. *Millenium - Revista do ISPV*, 30, pp. 74-100.

Coutinho, M. (2000). *Antologia de textos: intervenção educativa precoce*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

Coutinho, M. T. (2003). Formação parental: avaliação do impacto na família. *Revista de psicologia*, XVII (1), pp. 224-227.

Coutinho, T. (1999). *Intervenção precoce – Estudo dos efeitos de um programa de formação parental destinado a pais de crianças com síndrome de Down*. Tese de Doutoramento apresentada na FMH da Universidade Técnica de Lisboa.

Cruz, A. I. (Coord); Fontes, F.; Carvalho, M. L. (2003). *Avaliação da satisfação das famílias apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da escala ESFIP*. Lisboa. SNRIPD.

Darling, R.B. and Baxter, C. (1996). *Families in Focus: Sociological Methods in Early Intervention*. Austin, Texas: PRO-ED.

DEC/NAEYC. (2002). *Early childhood inclusion: A joint position statement of the Division for Early Childhood (DEC) and the National Association for the Education of Young Children (NAEYC)*. Chapel Hill: The University of North Carolina, FPG Child Development Institute. Acedido em 28-12-2010 em: http://community.fpg.unc.edu/resources/articles/Early_Childhood_Inclusion.

De Moor, J.; van Waesberghe, B.; Detraux, J.; Fernandes, J. e Andrade, M. (1991). *Intervenção precoce em crianças com perturbações do desenvolvimento*. Manifesto do grupo de Trabalho EURLY AID.

Decreto-Lei N.º 281/2009. *Diário da República*, I Série, n.º 193 de 6-10-2009.

Decreto-Lei N.º 3/2008. *Diário da República*, I Série, n.º 4 de 7-01-2008.

- Despacho-Conjunto N.º 891/1999. *Diário da República*, II Série, n.º 244 de 19-10-1999.
- Dias, J. C. (1998). Apoio a famílias de crianças com Necessidades Educativas Especiais: um contexto de intervenção precoce. *Integrar*, 16, pp. 12-17.
- Dunst, C. J. (2000). Revisiting rethinking early intervention: topics. *Early Childhood Special Education*, 20 (2), pp. 95-104.
- Dunst, C. J. (1996). Early intervention in the USA: Programs, models and practices. In M. Brambring, H. Rauh & A. Beemann (Eds.). *Early childhood intervention*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Dunst, C. J. (1985). Rethinking early intervention. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 5, pp. 165-201.
- Dunst, C. J. e Bruder, M. B. (2002). Valued outcomes of service coordination, early intervention and natural environment. *Exceptional Children*, 68 (3), pp. 361-375.
- Dunst, C. J.; Trivette, C. M. e Deal, A. G. (1994). *Supporting and strengthening families - Methods, strategies and practices*. Cambridge: Brookline Books.
- European Agency for Development in Special Needs Education (2005). *Intervenção Precoce na Infância Análise das Situações na Europa Aspectos – Chave e Recomendações*. Acedido em 13 de Setembro de 2010 em: www.european-agency.org/publications.
- Felgueiras, I. (1999). Modelos de intervenção precoce em crianças com necessidades educativas especiais. *Cadernos do CEACF*, 13/14, pp. 23-28.
- Fernandes, M. F. (2008). *Que intervenção precoce? Satisfação das famílias em intervenção precoce*. Dissertação em Psicologia da Educação e Intervenção Comunitária de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Porto.

Fidalgo, M. I. (2004). Famílias em Intervenção Precoce - Avaliação da satisfação das famílias em Intervenção Precoce. *Interacções*, 6, pp. 254-274.

Flores, A. (1999). *Stress maternal e redes de suporte social: um estudo com mães de crianças com síndrome de Down*. Dissertação de Mestrado apresentada na Faculdade de Motricidade humana da Universidade Técnica de Lisboa.

Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interacção em Psicologia*, 11(1), pp. 113-121.

Fonseca, V. (1997). *Educação Especial: Programa de intervenção precoce*. Porto Alegre: Cortez.

Gopnik, A.; Meltzoff, A. N. e Kuhl, P. K. (1999). *The scientist in the crib: minds, brains, and how children learn*. New York: William Morrow &Co.

Greenough, W. T.; Black, J. E. e Graham, W. F. (1987). Experience and brain development. *Child Development*, 58, pp. 539-559.

Gronita, J., Bernardo, A. C., Pimentel, J.S., Matos, C. Marques, J. (2009). A comunidade e o processo de construção de práticas inclusivas no âmbito da Intervenção Precoce. *Proceedings of the International IRIS Conference - Changing Practices around the World*. (Edição em CD-Rom).

Guralnick, M. J. (2006). Family influences on early development: integrating the science of normative development, risk and disabilities, and intervention. In K. McCartney e D. Phillips (Eds.). *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 44-61). Oxford: Blackwell Publisher.

Guralnick, M. J. (2001). A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, 14 (2), pp. 1-18.

Guralnick, M. J. (2000). Early childhood intervention; evolution of a system. *Autism and Other Developmental Disabilities*, 15 (2), pp. 68-79.

Guralnick, M. J. (1997). *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul H. Brooks.

Gurlifyhr (1985). *O “desgosto proibido” – Expectativa em Dor em Redor da criança deficiente*: Ministério da Educação, Divisão do Ensino Especial.

Iarocci, V. e Reebye, P. (2006). The learn at play program (LAPP): merging family, developing research, early intervention, and policy goals for children with Dow's syndrome. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disability*, 3 (1), pp. 11-21.

Kerry, G., Bijou, A. B., e Duffy, G. M. (2008). *Avaliação piloto de um programa de intervenção precoce para crianças em risco* *Jornal de Pediatria e Saúde da Criança*, 45, pp.118-124.

Kovack, J. e Jacks R. (1989). Program Evaluation Using the Project Dakota Parent Satisfaction Survey. *A Manual for Administration and Interpretation of Findings Using a Validated Instrument*. Especial Education Programs (ED/OSERS), Washington DC. Handicapped Children's Early Education Program.

Knudsen, E. I. (1999). Early experience and critical periods. *Developmental Psychology*, 26, pp. 398-408.

Leitão, F. R. (1989). A Avaliação de Programas de Intervenção Precoce. *Revista Educação Especial e Reabilitação*, 1 (1), pp. 43-50.

Lollar, D. J., e Simeonsson, R. J. (2005). Diagnosis to function: classification for children and youths. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, pp. 323-330.

Mata, L. (2009). *O envolvimento e participação das famílias na implementação do curriculum*. Comunicação apresentada na Conferência Nacional de Educação de Infância. Lisboa: Ministério da Educação.

Matos, C., Gronita, J., Bernardo, A. C., Marques, J. Pimentel, J.S., (2009). A percepção das famílias no processo de construção de práticas inclusivas no âmbito da

Intervenção Precoce. *Proceedings of the International IRIS Conference - Changing Practices around the World*. (Edição em CD-Rom).

Minnes, P. (1998). Mental retardation: the impact upon the family. In J. A. Burack & R. M. Hodapp (Eds.). *Handbook of mental retardation and development* (pp. 693-712). Cambridge: Cambridge University Press.

Ministério da Educação (2002). *Conclusões e recomendações: Encontro Nacional “Pensar a Intervenção Precoce”*. Lisboa: Departamento da Educação Básica, NOEEE.

Minuchin, S. (1990). *Famílias funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press.

Newport, E. L. (1990). Maturation constraints on language learning. *Cognitive Science*, 14, pp. 11-28.

Oliveira, A. M. R. (2007). *A Criança na Sociedade Medieval Portuguesa*. Lisboa: Editorial Teorema.

OMS – Organização Mundial de Saúde (2003). *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Centro colaborador da OMS para a classificação de Doenças em Português. S. Paulo: EdUP.

Pereira, M. A. (1998). *Crianças sobredotadas: estudo de caracterização*. Dissertação de Doutoramento apresentado à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Pimentel, J.S., Gronita, J., Bernardo, A. C., Matos, C. Marques, J. (2009). A avaliação de um programa de Intervenção Precoce: contributo para a melhoria das práticas inclusivas. *Proceedings of the International IRIS Conference - Changing Practices around the World*. (Edição em CD-Rom).

Pimentel, J. S. (2005). *Intervenção focada na família: desejo ou realidade*. Lisboa: SNRIPD.

Pimentel, J. S. (2004). A avaliação de programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica, 1 (XXII)*, pp. 43-54.

Pimentel, J. S. (1999). Reflexões sobre a avaliação de Programas de Intervenção Precoce. *Análise Psicológica, 1 (XVII)*, pp. 143-152.

Pimentel, J. S. (1997). Intervenção Precoce: Evolução Conceptual e modelos actuais. *Um bebé Diferente: da Individualidade da Interação à especificidade da intervenção*. Lisboa: SNRIPD.

Planning Council on Developmental Disabilities do Illinois (1995). *Outcomes Measures for Early Childhood Intervention services*. Accreditation Council on Services for People with disabilities. Department of Education. Educational Resources Information Center.

Portaria Nº 611/93. *Diário da Republica*, Nº 150 I-B de 29-06-1993.

Portugal, G. (1992). *Ecologia e Desenvolvimento Humano em Bronfenbrenner*. Centro de Investigação, Difusão e Intervenção Educacional. Aveiro.

Projecto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra (2005). *Relatório das actividades desenvolvidas em 2004/2005*. Coimbra: PIIP.

Quivy, R. e Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva: Lisboa.

Sameroff, A. J. (1993). Models of development and developmental risk. In C. Zeneah Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health*. (pp. 3-13). New York: The Guilford Press.

Sameroff, A. J. e Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek & G. Siegel

(Eds.) *Review of Child Development Research* (vol. 4), (pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.

Sameroff, A. J. e Fiese, B. H. (2000). Transaccional regulation: The development ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff & J. Meisels (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed). Cambridge: Cambridge University Press.

Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., e Turner, K. M. T. (2004). Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice Monograph*. Australia: The Parenting and Family Center.

Santos, P.; Portugal, G. e Simões, O. (2004). Políticas de intervenção na infância: situação e perspectivas de intervenção precoce em Portugal. In Costa J.; Neto Mendes, A. (Orgs.). *Políticas de Gestão local da Educação*. Aveiro: Universidade.

Simeonsson, R. J. (1994) (Ed.) *Risk, resilience and prevention: promoting the well-being of all children*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Simeonsson, R. J. e Bailey, D. B. (1990). Family dimensions in early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early intervention* (pp. 428-444). Cambridge: Cambridge University Press.

Simeonsson, Pereira & Scarborough (2003). Documenting delay and disability in early development with the WHO-ICF. *Psicologia*, XVII (1), pp. 31-41.

Shonkoff, J. P. e Meisels, S. J. (1990). Early childhood intervention: The evolution of a concept. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early intervention* (pp. 3-32). Cambridge: Cambridge University Press.

Tjossem, T. D. (Ed.) (1976) *Intervention strategies for high risk infants and young children*. Baltimore, MD: University Park Press, pp. 4-27.

Turnbull, A.; Summer's, J. e Brotherson, M. (1986). Family life cycle: Theoretical and empirical implications and future directions mentally retarded members. In J. Gallagher, & P. Vietze (Eds.), Research on families with retarded children. Baltimore, MD: University Park Press.

Veiga, M. E. (1995). *Intervenção precoce e avaliação: Estudo introdutório*. Porto. O fio de Ariana.

Wall, S. M.; Taylor, N. E.; Liebow, H.; Sabatino, C. A.; Mayer, L. M.; Farber, M. Z.; Timberlake, E. M. (2005). Early Head Start and Access to Early Intervention Services: A Qualitative Investigation. *Topics in Early Childhood Special Education*, 25 (4), pp. 218-231.

WHO - World Health Organization (2005). Guia do Principiante: para uma linguagem comum de funcionalidade, incapacidade e saúde - CIF. Lisboa: SNRIPD.

ANEXOS

Anexo I - Questionário de Caracterização dos Serviços/Respostas de IP

Apresentação e instruções

O presente questionário destina-se a caracterizar os programas de Intervenção Precoce na Zona Oeste nos 12 concelhos abrangidos. Pretende igualmente conhecer os recursos existentes em cada concelho, as respostas às solicitações das famílias e serviços regionais onde as crianças são seguidas. As informações aqui obtidas serão de carácter confidencial, pelo que pedimos a sua colaboração, respondendo a todas as questões de forma objectiva e com sinceridade. Obrigado!

☺Responda aos seguintes tópicos:

1. Sexo:

Masculino ☐ Feminino ☐

2. Idade:

20 a 30 anos ☐ 31 a 40 anos ☐ 34 a 50 anos ☐ 51 a 60 anos ☐

3. Profissão:

Educador de Infância ☐ Educador de Infância Especializado Educação Especial ☐

Outro curso, (por favor especifique)_____

4. Nível Académico:

Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

5. Anos de Experiencia:

Ensino Regular _____ Educação Especial _____ Intervenção Precoce _____

6. Formação em IP:

Sim ☐ Não ☐

Se sim:

Congressos, seminários ☐ Oficinas de formação ☐

Cursos (formação permanente, pós-graduação, mestrado) ☐

Estágio em IP (igual ou superior a um ano lectivo) ☐

7. Agrupamento de referência para a Intervenção Precoce onde se encontra destacada (o):

Sobral de Monte Agraço ☐ Torres Vedras ☐ Lourinhã ☐

Peniche ☐ Caldas da Rainha ☐

8. Faz parte da equipa de algum projecto de colaboração e coordenação entre diferentes serviços de Intervenção Precoce?

Sim ☐ Qual? _____

Não ☐

9. Parcerias/protocolos de cooperação: *(Indique quais os acordos apenas se estiver integrado em alguma equipa com projecto feito ao abrigo do Despacho Conjunto n.º891/99 dos Ministérios da Saúde, Educação e do Trabalho e da Solidariedade Social)*

Centro de Saúde ☐ Câmara Municipal ☐ Comissão de Protecção de

Crianças e Jovens ☐ Creches e jardim-de-infância do Concelho ☐

Equipa de apoio às escolas do Oeste de Torres Vedras ☐

10. Tem reuniões periódicas com:

- Profissionais da sua equipa

Sim ☐ Não ☐ Se sim com que periodicidade: _____

- Outros profissionais e/ou serviços da comunidade

Sim ☐ Não ☐ Se sim com que periodicidade: _____

11. Número de crianças com necessidades educativas especiais ou em risco que atende:

Entre os 0 e os 2 anos (inclusivé)¹ _____

Entre os 3 e os 5 anos (inclusivé)² _____

12. Estas crianças foram sinalizadas por: *(No quadrado em frente de cada categoria registe o número de crianças abrangidas por categoria, distinguindo entre os grupos etários³)*

	<u>Crs. 0 - 2 A.:</u>	<u>Crs. 3 - 5 A.:</u>
Hospital	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Centro de Saúde	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Serviço Local Acção Social (Seg. Social)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Creche	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ama	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jardim de Infância	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Misericórdias	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autarquias	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CPCJ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rendimento Social de Inserção	<input type="text"/>	<input type="text"/>

13. Tem crianças em lista de espera?

Sim Não

Se sim quantas? Dos 0 – 2 A.: _____ Dos 3 – 5 A.: _____

¹ Esta faixa etária inclui todas as crianças, desde o nascimento até à data em que completam os 3 anos de idade.

² Esta faixa etária inclui todas as crianças, desde os 3 anos até à data em que completam os 6 anos.

³ **Exemplo:** Duas crianças dos 0 aos 2 anos sinalizadas por hospital e uma dos 3 aos 5 anos sinalizada por jardim de infância, coloca 2 no primeiro quadrado da fila da esquerda e 1 no sexto quadrado da fila da direita.

14. Qual a caracterização das crianças referenciadas? *(No quadrado em frente de cada categoria registre o número de crianças abrangidas por categoria.)*

Deficiência com diagnóstico confirmado ☐
Qual? _____

(Ex.: Def. sensorial, motora, intelectual, emocional)

Deficiência sem diagnóstico confirmado ☐

Atraso desenvolvimento ☐

Em risco por factores sociais ou familiares ☐

Outros (especifique):

15. Relativamente às crianças atendidas neste momento, a intervenção desenvolve-se: *(No quadrado em frente de cada categoria registre o número de crianças abrangidas por categoria, distinguindo entre os grupos etários)*

Exclusivamente:

No domicílio ☐

Na creche ☐

Na ama ☐

No grupo do jardim de infância ☐

Na sala de apoio do jardim de infância ☐

No hospital / C. Saúde ☐

Noutro local *(especifique, distinguindo em função dos grupos etários):*

Em simultâneo:

No domicílio e na creche

☐

No domicílio e na ama

☐

No domicílio e grupo do j. infância

☐

No domicílio e sala de apoio do j. infância

☐

Na ama e na creche

☐

Na ama e no j. de infância

☐

Na ama e na sala de apoio do j. infância

☐

Outros (*especifique, distinguindo em função dos grupos etários*):

16. Qual a periodicidade da sua intervenção? (*No quadrado em frente de cada categoria registe o número de crianças abrangidas por categoria, distinguindo entre os grupos etários*)

Bi-semanal

☐

Semanal

☐

Quinzenal

☐

Mensal

☐

Outras (*especifique, distinguindo em função dos grupos etários*):

17. Concelho(s) onde desenvolve a sua actividade:

Sobral de Monte Agraço ☐ Arruda dos vinhos ☐ Alenquer ☐
Torres Vedras ☐ Lourinhã ☐ Cadaval ☐ Bombarral ☐
Peniche ☐ Óbidos ☐ Caldas da Rainha ☐ Alcobaça ☐ Nazaré ☐

18. Tipo de Meio:

Rural ☐ Urbano ☐

19. Considera que as crianças e famílias que atende têm acesso a todo o tipo de recursos de que necessitam?

Sim ☐ Não ☐

Se não, com que tipo ou tipos de recursos gostaria prioritariamente de poder contar no seu trabalho com a criança e/ou a família?

20. Na sua prática e consoante as crianças e famílias que atende pode ser levado a ter de colaborar com diferentes técnicos e recursos da comunidade. Se for esse o caso, por favor, indique aqueles com quem colabora com maior frequência:

Técnicos de outros serviços ☐

Profissionais a trabalhar por conta própria ☐

Parentes, vizinhos ou amigos da criança/família ☐

Grupos da comunidade ☐

(Ex.: clubes, paróquias, associações, etc.)

Estruturas existentes na comunidade ☐

(Ex. :piscinas, bibliotecas, museus, etc.)

Outros (*especifique, distinguindo em função dos grupos etários*):

19. Articulação com os serviços

Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐ Muito má ☐

Observações:

Data de preenchimento do questionário: ____/____/____

Muito Obrigado!

Anexo II- Questionário da Investigação à família

Apresentação e instruções

O presente questionário destina-se a recolher dados para um estudo sobre o grau de satisfação dos pais com os programas de Intervenção Precoce na Zona Oeste, nos 12 concelhos abrangidos. Faz parte de um trabalho de investigação para Dissertação de Mestrado no Instituto Superior de Educação e Ciências.

As informações aqui obtidas serão de carácter confidencial, pelo que pedimos a sua colaboração, respondendo a todas as questões de forma objectiva e com sinceridade. Obrigado!

Parte I - Dados Sócio - Demográficos

1. Sexo:

Masculino ☐ Feminino ☐

2. Idade:

20 a 30 anos ☐ 31 a 40 anos ☐ 41 a 50 anos ☐ 51 a 60 anos ☐

3. Profissão:

Quadros superiores ☐ Quadros técnicos ☐ Comércio ☐ Indústria ☐
Serviços ☐ Doméstica ☐ Desempregado ☐

4. Nível de Escolaridade:

1º Ciclo ☐ 2º Ciclo ☐ 3º Ciclo ☐ Secundário ☐
Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

5. Zona de Residência:

Freguesia _____
Concelho _____

6. O seu filho está a beneficiar de Intervenção Precoce desde:

Mês _____ Ano _____

7. Sexo da criança apoiada:

Masculino ☐ Feminino ☐

8. Grau de parentesco que tem com a criança apoiada:

Pai ☐ Mãe ☐ Avó ☐ Avô ☐

Outro familiar, (por favor especifique) _____

9. Número de irmãos da criança apoiada:

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ mais de 5 ☐

10. Tem algum filho(a) com Necessidades Educativas Especiais:

Sim ☐ Não ☐

11. Onde decorre a intervenção:

Jardim de Infância particular ☐ Creche ☐ Ama ☐ Casa dos pais ☐
Casa dos avós ☐ Alternado em domicilio e na creche/JI ☐

Outro local, (por favor especifique) _____

12. Frequência dos contactos com o serviço/técnico responsável de Intervenção Precoce:

Mais de 2 vezes por semana ☐ Duas vezes por semana ☐ Uma vez por semana ☐

Uma vez de duas em duas semanas ☐ Uma vez por mês ☐ Menos de uma vez por mês ☐

13. Tipo de problemática do seu filho (a):

14. O meu filho tem _____ anos e _____ meses de idade.

Parte II - Escala de satisfação parental

Por favor indique o seu grau de satisfação com os serviços recebidos pelo programa de intervenção precoce do seu filho. Em cada item coloque um visto para mostrar o seu grau de concordância com as afirmações apresentadas. A sua resposta para cada item é importante – se houver alguma resposta em branco vai afectar negativamente a análise dos resultados.

Objectivo I - Programa e responsividade da equipa

	Discordo completa- mente	Discordo	Concordo	Concordo completa- mente	Não se aplica 1)
1. A equipa ouve e responde às minhas preocupações, questões e ideias					
2. Nos meus encontros com a equipa (avaliações, reuniões mensais...) sinto que sou um membro activo da equipa e não apenas um ouvinte					
3. Apesar do meu filho ser acompanhado por um único membro da equipa, sinto que ele recebe o apoio dos restantes membros					
4. A equipa dá-me informação que é clara e útil para mim					
5. Sinto que o programa do meu filho tem a preocupação de incluir o que é mais importante para mim					
6. O programa do meu filho vai ao encontro das suas necessidades					
7. Estou satisfeita com os progressos que o meu filho tem tido desde o início do programa					
8. A ajuda que recebo adequa-se às rotinas e actividades da nossa família					
9. A equipa respeita os limites que a minha família coloca no que se refere ao tempo e energia dedicada ao programa do meu filho					
10. Estou informada sobre as várias opções que existem e que podem responder às necessidades do meu filho					

1) Não se aplica. Assinale esta opção sempre que não teve oportunidade de avaliar a situação referida

Comentários: (Por favor comente se já colocou algum visto na opção “Discordo” ou “Discordo completamente”)

Objectivo II – Aumento de conhecimentos e competências para ajudar o seu filho

Devido à minha participação no programa...	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente	Não se aplica 1)
1. Estou mais capaz de olhar para o meu filho e ver o que ele está a aprender a fazer					
2. Aprendi acerca de como ajudar o meu filho					
3. Tenho mais prazer em estar com o meu filho					
4. Sei o que o meu filho precisa de aprender					
5. Reconheço que as actividades do dia-a-dia têm importância no crescimento e desenvolvimento do meu filho					
6. Estou mais confiante acerca de como eu e a minha família podemos ajudar o meu filho					
7. Estou mais consciente sobre como ajudar no desenvolvimento do meu filho neste momento					
8. Tenho uma visão mais clara das necessidades especiais do meu filho					
9. Estou satisfeita por terem sido discutidos os pontos fortes do meu filho					

1) Não se aplica. Assinale esta opção sempre que não teve oportunidade de avaliar a situação referida

Comentários: (Por favor comente se já colocou algum visto na opção “Discordo” ou “Discordo completamente”)

Objectivo III – Promoção da compreensão de comportamentos típicos e atípicos

Devido à minha participação no programa....	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente	Não se aplica 1)
1. Dou mais valor ao facto do meu filho estar mais tempo com crianças sem atraso de desenvolvimento					
2. Estou mais consciente de como o meu filho é igual às outras crianças					
3. Conheço mais formas de levar o meu filho a cooperar					
4. Estou a receber a ajuda que preciso para saber lidar com o comportamento do meu filho					

1) Não se aplica. Assinale esta opção sempre que não teve oportunidade de avaliar a situação referida

Comentários: (Por favor comente se já colocou algum visto na opção “Discordo” ou “Discordo completamente”)

Objectivo IV – Utilização dos recursos da comunidade

Devido à minha participação no programa...	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente	Não se aplica 1)
1. Conheço melhor as estruturas,					

serviços e programas da comunidade que podem ajudar o meu filho ou a minha família					
2. Tenho ajuda da equipa quando quero outros serviços ou técnicos a trabalhar comigo, com o meu filho ou com a minha família					
3. Agora tenho contacto com serviços e programas na comunidade que podem ajudar o meu filho ou a minha família					
4. Estou satisfeita com a comunicação entre a equipa de Intervenção Precoce e outros recursos da comunidade envolvidos no programa do meu filho.					
5. Sou capaz de procurar informação importante para a saúde e bem-estar do meu filho					

1) Não se aplica. Assinale esta opção sempre que não teve oportunidade de avaliar a situação referida

Comentários: (Por favor comente se já colocou algum visto na opção “Discordo” ou “Discordo completamente”)

Objectivo V – Construir uma rede de apoio

Devido à minha participação no programa...	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente	Não se aplica 1)
1. O meu companheiro/a minha família estão mais envolvidos na aprendizagem do meu filho					
2. Tenho mais amigos ou outras crianças que me ajudam a ajudar o meu filho					
3. A equipa ajudou pessoas que eu conheço a serem mais carinhosas e compreensivas com o meu filho					
4. A equipa ajudou-me a conhecer outras					

peçoas que são carinhosas e compreensivas					
5. Tenho tido o apoio de outros pais					
6. Sinto-me menos sozinho/a como pai/mãe					
7. A equipa está disponível e capaz de ajudar a minha família e amigos quando surgem preocupações ou questões sobre o meu filho					

1) Não se aplica. Assinale esta opção sempre que não teve oportunidade de avaliar a situação referida

Comentários: (Por favor comente se já colocou algum visto na opção “Discordo” ou “Discordo completamente”)

Considerando tudo o que a Intervenção Precoce tem feito por si e pelo seu filho, o que gostaria que tivesse sido diferente?

Data de preenchimento do questionário: ____/____/____

Obrigada por nos dar a sua opinião.

Anexo III - Pedido de autorização da recolha de dados

Exmo. Sr. Coordenador da Equipa
de Apoio às Escolas do Oeste

Assunto: Pedido de autorização de recolha de dados junto das famílias de crianças apoiadas na Intervenção Precoce

Eu, Maria Leonor Belo Carvalho, aluna do Instituto Superior de Educação e Ciências (ISEC), a frequentar o Mestrado em Necessidades Educativas Especiais - Área de especialização no domínio Cognitivo/Motor, a desenvolver a tese de Mestrado com o tema "Avaliação da satisfação das famílias com os programas de Intervenção Precoce na Zona Oeste", venho solicitar a autorização de sua Excelência para a recolha de dados juntos das Instituições, nomeadamente das famílias de crianças apoiadas no âmbito da Intervenção Precoce nos 12 concelhos abrangidos.

Mais informo que neste momento me encontro a exercer funções no Agrupamento de Escolas Fernão do Pó no quadro 910, ao qual pertenço. Nos últimos dois anos estive destacada na Intervenção Precoce e a desenvolver a minha actividade nos Concelhos do Bombarral e Cadaval. Neste sentido, era já do nosso interesse pessoal estudar este assunto, contando que os resultados do mesmo possam de alguma forma contribuir para uma melhoria das práticas desenvolvidas nesta zona geográfica.

A confidencialidade dos resultados será garantida, visto estes serem trabalhados a um nível global e não individual.

Aguardando deferimento ao pedido,

Atenciosamente,
A Docente de Educação Especial



Caldas da Rainha, 5 de Maio de 2010